

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Médico-Cirúrgica
- Vertente Pessoa Idosa -

Relatório de Estágio

**A preparação da pessoa idosa submetida a cirurgia
cardíaca e/ou família para o regresso a casa –
intervenções**

Dora Isabel da Costa Santos

Lisboa

2018





Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Médico-Cirúrgica

- Vertente Pessoa Idosa -

Relatório de Estágio

A preparação da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e/ou família para o regresso a casa – intervenções

Dora Isabel da Costa Santos

Orientador: Professora Doutora Deolinda Luz

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“A Enfermagem é uma arte;
e para realizá-la como arte,
requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso,
quanto a obra de qualquer pintor ou escultor;
pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore
comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus?
É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Deolinda Luz pela disponibilidade, orientação, atenção dispensada, paciência, dedicação e profissionalismo... Um Muito Obrigado, pois consigo tudo se tornou mais fácil.

Às Enfermeiras Especialistas Ângela e Lúcia por toda a colaboração demonstrada e também pela importante partilha de saberes, por me terem acompanhado e amparado nesta viagem.

À Sra.^a Enfermeira Chefe Branco Santos e a todos os profissionais com quem tive o prazer de colaborar nos locais de estágio, pela disponibilidade, apoio e colaboração que sempre demonstraram, permitindo que tudo decorresse sempre de um modo agradavelmente harmonioso e extremamente profissional.

Às pessoas idosas e suas famílias pela amabilidade e generosidade em partilhar a sua experiência, os seus saberes, em suma as suas vidas.

Aos meus colegas de curso pelo companheirismo, amizade, apoio e também por todos os momentos de entusiasmo partilhados em conjunto.

Aos meus colegas de trabalho, pela valiosa e prestimosa colaboração e também pela sempre importante partilha de conhecimentos, contribuindo com isso para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

Aos meus amigos e, principalmente, família pelo apoio e incentivo nos momentos mais difíceis.

Ao meu marido, Victor, pelo incentivo, compreensão, apoio e encorajamento, durante todo este período, aos meus filhos, José Diogo e Vasco, a quem retirei muita atenção, paciência e acompanhamento o meu eterno obrigado por estarem e “compreenderem”.

Por fim, fica o meu profundo e sentido agradecimento, a todas as pessoas que de uma ou de outra forma contribuíram para a concretização deste trabalho, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

LISTA DE SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

APA - American Psychological Association

AVD - Atividade de Vida Diária

CA – Conselho de Administração

CH – Centro Hospitalar

CSP – Cuidados Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INE - Instituto Nacional de Estatística

OE - Ordem dos Enfermeiros

OT – Orientação Tutorial

UCC - Unidade de Cuidados Comunidade

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

UP- Úlcera por Pressão

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

PNU – Plano Nacional Único

RNCC – Rede Nacional de Cuidados Continuados

RESUMO

No âmbito do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), vertente Pessoa Idosa, foi realizado um estágio com duração de 18 semanas.

Nas primeiras cinco semanas o estágio realizou-se em cuidados primários numa Unidade de Cuidados na Comunidade, inserida no Agrupamento de Centros de Saúde da K. Nesta fase, foram prestados cuidados de enfermagem de forma individualizada, no domicílio do doente e família pelo que foi possível o percurso do doente desde a alta até a continuidade de cuidados no centro de saúde /Unidade de Cuidados na Comunidade.

As restantes 13 semanas de estágio decorreram num serviço de cirurgia cardiotorácica de um Hospital de Lisboa, onde prestamos cuidados de enfermagem às pessoas com idade superior a 65 anos/famílias submetidas a cirurgia cardíaca e, simultaneamente, desenvolvemos um estudo sobre as necessidades do doente/família na preparação para a alta numa perspetiva de continuidade de cuidados de saúde.

O estágio foi desenvolvido segundo a metodologia de projeto, de acordo com cinco etapas, nomeadamente, diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados realizados neste relatório.

Para a prossecução dos objetivos definidos foram utilizadas várias técnicas e/ou instrumentos de recolha de dados e registo das informações necessárias à consecução das atividades propostas. As estratégias de enfermagem para a preparação da pessoa idosa, submetida a cirurgia cardíaca, e família, no regresso a casa, foram baseadas nos achados da revisão bibliográfica seguindo o protocolo *scoping review*. Para o desenvolvimento / realização do estudo recorreu-se a entrevistas semiestruturadas, questionários, escalas de avaliação multidimensional do idoso, análise documental e observação participante.

Com este estudo foi possível compreender a importância do acompanhamento individualizado do idoso e da sua família durante o processo de transição, desde a hospitalização até ao regresso a casa, após cirurgia cardíaca. Nesta conformidade podemos dizer que a pessoa idosa e família mais

informada, equipa de enfermagem/ multidisciplinar mais consciente das necessidades de cuidados de saúde bem como o recurso de avaliação/intervenção no doente e não na doença, resultam com certeza na melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Cuidados de saúde à pessoa idosa; Processo de transição; Preparação do regresso a casa, idoso e família.

ABSTRACT

In the course of post-graduate and Master's degree in nursing, area of specialization in medical-surgical Nursing (EMC), elderly person, an internship of 18 weeks was carried out.

In the first five weeks the internship took place in primary care in a Community care unit, inserted in the group of health centres of the amateur. At this stage, nursing care was provided individually, in the home of the patient and family for what was possible the patient's journey from the high to the continuity of care in the/Unidade Health Care Center in the community.

The remaining 13 weeks of internships were carried out in a cardiothoracic surgery service of a Hospital in Lisbon, where we provide nursing care to people over 65 years old/families undergoing cardiac surgery and, at the same time, develop A study on the needs of the patient/family in preparation for high in a perspective of health care continuity.

The internship was developed according to the project methodology, according to five stages, namely, diagnosis of the situation, definition of objectives, planning, execution and evaluation and dissemination of the results in this report.

For the continuation of the defined objectives, several techniques and/or instruments of data collection and recording of the information needed to achieve the proposed activities were used. The nursing strategies for the preparation of the elderly person, subjected to cardiac surgery, and family, on the return to home, were based on the findings of the bibliographical review following the protocol scoping review. For the development/realization of the study resorted to structured interviews, questionnaires, scales of multidimensional evaluation of the elderly, documentary analysis and participant observation.

With this study it was possible to understand the importance of the individualized accompaniment of the elderly and his family during the transition process, from hospitalization to return home, after heart surgery daring us to say that elderly and families More informed, nursing team and other team professionals more aware of the needs of care and the application of rigorous

and clear methods focused on the patient, not in the disease, result in certainty in good practices and improvements in the quality of Health services.

Keywords: Elderly health care, Transition process, homecare preparation, the elderly and the family

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	5
2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA.....	9
2.1 Enquadramento.....	9
2.2 Revisão Crítica da Literatura.....	12
2.2.1 O idoso saudável e o envelhecimento	12
2.2.2 A pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca	15
2.2.3 Intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família na preparação do regresso a casa	16
3. METODOLOGIA DO PROJETO.....	19
3.1 Plano de Trabalho e Métodos	20
3.2 Objetivos, Planeamento de atividades, estratégias e recursos	22
3.3 Estudo quase experimental.....	24
3.4 Considerações Éticas	26
4. ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRA ESPECIALISTA E MESTRE NA ÁREA PESSOA IDOSA.....	29
4.1 Atividades e aprendizagens realizadas no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no âmbito do cuidado à pessoa idosa na UCC X	30
4.2 Atividades e aprendizagens realizadas no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa no serviço de Cirurgia Cardiorádica Y.....	39
5. REFLEXÃO SOBRE OS RESULTADOS OBTIDOS	57
6. LIMITAÇÕES DO ESTÁGIO E DA REALIZAÇÃO DO RELATÓRIO.....	61
7. CONCLUSÕES E PROJETOS FUTUROS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES.....	83
Apêndice I – Revisão <i>Scoping</i>	
Apêndice II – Autorização da Comissão de Ética	
Apêndice III - Consentimento informado para realização de entrevistas à pessoa idoso submetida a cirurgia cardíaca e família	

- Apêndice IV - Consentimento informado dos enfermeiros
- Apêndice V – Objetivos e atividades desenvolvidas na UCC X
- Apêndice VI - Reflexão sobre a experiência de estágio em cuidados de saúde primários
- Apêndice VII – Estudo de Caso I
- Apêndice VIII – Avaliação multidimensional da pessoa idosa
- Apêndice IX - Objetivos e atividades desenvolvidas na CCT Y
- Apêndice X – Reflexão sobre os cuidados prestados á pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família no hospital
- Apêndice XI – Estudo de caso II
- Apêndice XII – Guião de entrevista a pessoa idosa
- Apêndice XIII - Análise de conteúdo das entrevistas á pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família
- Apêndice XIV - Reflexão sobre a apresentação do projeto à equipa de enfermagem
- Apêndice XV – Questionário anónimo à equipa de enfermagem
- Apêndice XVI – Análise do questionário anonimo da equipa de enfermagem
- Apêndice XVII – Questões para a equipa de enfermagem
- Apêndice XVIII – Análise da narrativa dos enfermeiros
- Apêndice XIX – Grelha de observação dos cuidados de enfermagem, análise e resultados estatísticos
- Apêndice XX – Grelha de observação de registos de enfermagem, análise e resultados estatísticos - avaliação inicial
- Apêndice XXI - Plano de sessão de apresentação do projeto à equipa de enfermagem
- Apêndice XXII – Layout de apresentação do projeto á equipa de enfermagem
- Apêndice XXIII – Grelha de observação de registos de enfermagem, análise e resultados estatísticos - avaliação final
- Apêndice XXIV – Análise SWOT

INTRODUÇÃO

No âmbito do percurso académico do 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), vertente Pessoa Idosa, foi realizado um estágio cujo relatório aqui apresentado descreve o percurso e o estudo realizado durante a implementação do projeto “A preparação da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e/ou família para o regresso a casa – intervenções.”.

O estágio teve como finalidade desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na área médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e sua família, em contexto de cuidados de saúde primários e em contexto de cuidados de saúde diferenciados, em particular às pessoas idosas com doença cardíaca.

O mundo atual, do qual fazemos parte, está em constante mudança. Estas mudanças, tanto sociais, como económicas e tecnológicas, exigem da nossa parte uma rápida e eficaz adaptação, através da aquisição de novas competências que nos permitirão, de forma autónoma, dar resposta aos novos desafios que nos são diariamente apresentados como o aumento de pessoas idosas submetidas a cirurgia cardíaca.

Em Enfermagem as mudanças também se fazem sentir de uma forma bastante significativa nas diferentes dimensões da prestação de cuidados de saúde. Esta nova realidade impele o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem como forma de promover as capacidades e as competências dos Enfermeiros nos diferentes domínios de prestação de cuidados.

A nossa intervenção baseou-se essencialmente no conceito de enfermagem da Teoria no cuidado centrado na pessoa idosa de *McCormack* (2003) e na teoria das Transições de Afad Meleis. Segundo a teoria das Transições de Afad Meleis (2013) a pessoa vivencia as fases de mudança que são marcadas por alterações de um estado para outro, caracterizando-se por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos de momentos de estabilidade.

A assinalável evolução tecnológica aliada ao aperfeiçoamento profissional, vem aumentar a expectativa e a qualidade de vida da população, em especial das pessoas idosas submetidas a cirurgia cardíaca. Neste sentido é necessário empoderar a pessoa idosa e sua família para a continuidade de cuidados em casa/domicílio.

Do processo cirúrgico resulta, igualmente, a necessidade de cuidados de saúde diários, que devem ser colocados em prática, tanto pelo idoso como pela sua família no regresso a casa, facilitando a recuperação do idoso. Aqui, questões como segurança, capacidade funcional e adaptação a uma nova condição de vida são sempre motivos causadores de preocupação e angústia, tanto por parte do idoso como da família que o acompanha (Dantas et al., 2002), levando muitas vezes ao isolamento do idoso (*Lien et al.*, 2009; *Greysen et al.*, 2014), afetando a sua saúde e bem-estar.

Assim, é fundamental que os enfermeiros, para além dos cuidados técnicos inerentes à profissão, promovam a aquisição de conhecimentos sobre a pessoa idosa e sua família e, ainda, desenvolvem com eles habilidades que lhes permitam gerir diariamente o bem-estar (Balduino et al., 2009), de forma responsável, esclarecida e segura, sobretudo, de forma envolvida, autónoma e cooperante (Branco e Santos, 2010).

Neste contexto a família cuidadora coopera com o enfermeiro/ equipa de saúde no processo de transição, do internamento hospitalar para casa, promovendo a continuidade de cuidados. Desta forma o enfermeiro favorece a transição do contexto de cuidados garantindo o bem-estar e o equilíbrio do idoso e da sua família.

Verificamos que a maioria dos doentes internados são pessoas com idade superior a 65 anos e vão para casa após a alta.

Face ao exposto questionámo-nos sobre a necessidade de informar o doente idoso/família sobre os cuidados a ter para promoção da qualidade de saúde/vida após a alta.

Neste sentido desenvolvemos um projeto de estágio segundo a metodologia de Projeto, que se fundamenta na investigação centrada num problema real, identificado no contexto da prática, e na implementação de estratégias e atividades eficazes para a resolução do mesmo (Ruivo et al, 2010).

O estágio foi desenvolvido em dois contextos diferentes no âmbito de cuidados de saúde primários, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), durante 5 semanas, e o segundo, durante um período de 13 semanas no âmbito de cuidados diferenciados, num Hospital da região de Lisboa para o que delineámos os seguintes objetivos gerais:

- desenvolver competências como Enfermeira Especialista e Mestre na prestação de cuidados à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e sua família para a preparação do regresso a casa;
- contribuir para a promoção de competências da equipa de enfermagem que cuida da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e sua família na preparação do regresso a casa.

O relatório que apresentamos é o culminar do desenvolvimento do referido projeto está estruturado em cinco (5) capítulos. Assim o primeiro capítulo integra a revisão bibliográfica que contextualiza as temáticas que sustentam a intervenção de enfermagem à pessoa idosa sujeita a uma cirurgia cardíaca, o envolvimento da família e a importância de uma transição de sucesso no regresso a casa.

O segundo capítulo apresenta a metodologia onde incluímos a caracterização dos contextos de estágio e aludimos as considerações éticas. Ainda referenciamos a metodologia de um estudo de investigação onde foram aplicadas várias técnicas de recolha de dados a participantes selecionados de acordo com critérios previamente estabelecidos. Também descrevemos as atividades realizadas, as aprendizagens os resultados e fazemos a análise do desenvolvimento de competências. Os resultados do estudo são apresentados no capítulo três. Por sua vez, no quarto capítulo é apresentada uma reflexão sobre as competências desenvolvidas, as limitações do estudo e, ainda, propomos estudos de investigação para, no futuro, dar continuidade ao estudo da problemática em foco.

Na conclusão é feita uma síntese global do trabalho desenvolvido, a análise da consecução dos objetivos propostos para este estágio e a expectativa do trabalho futuro. Por fim são apresentadas as referências bibliográficas e os apêndices, respetivamente.

A elaboração do relatório teve por base o acordo da Língua Portuguesa e seguiu as considerações das normas da ESEL e as normas da *American Psychological Association* (APA).

1. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Este projeto de estágio vai ser desenvolvido em duas instituições: na UCC X, unidade integrante do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da K, em contexto de cuidados de saúde primários, e num serviço de Cirurgia Cardiorádica Y, onde exerço funções como enfermeira.

2.1. Hospital M

O Hospital M iniciou a sua atividade a 23 de abril de 1980, nas instalações de uma clínica privada dos anos 60 que se encontrava desativada na sequência do 25 de abril de 1974. Desde as primeiras equipas diretivas que a filosofia orientadora foi a de criar um espírito novo e um sentimento de envolvimento laboral, que conjugasse a excelência e o rigor profissional e científico com o respeito pela dignidade dos doentes.

O propósito que esteve na sua origem foi o de colmatar carências que se faziam sentir em Portugal nessa época, em termos de procedimentos altamente diferenciados nas áreas da cardiologia (médicas e cirúrgicas) e da nefrologia, situações em que era frequente recorrer ao estrangeiro. Assim, o novo hospital estrutura-se a partir destas especialidades, sob a direção de personalidades de referência nas respetivas áreas, numa perspetiva de diferenciação técnica e de inovação tecnológica. Entre outros procedimentos em que o hospital foi pioneiro, destacam-se no seu historial a realização da primeira angioplastia coronária e o primeiro transplante cardíaco, respetivamente em 1984 e 1986. Em 2006 foi integrado no Centro Hospitalar de Lisboa, este centro tem como missão prioritária a prestação de Cuidados de Saúde Especializados à população da Zona Ocidental de Lisboa e de Oeiras, sendo uma instituição de referência para os doentes de todo o país e ilhas.

Serviço de Cirurgia Cardiorádica Y

O serviço de Cirurgia Cardiorádica (CCT) caracteriza-se por prestar cuidados ao idoso do foro cardíaco e sua família, incluindo doentes submetidos a transplante cardíaco. Dispõe de 30 camas, 25 camas de enfermaria e 5 de cuidados intermédios (UCINT).

É constituído por uma equipa multidisciplinar, médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnica de serviço social, dietista, duas secretarias de unidade, duas fisioterapeutas, uma farmacêutica e uma técnica de diagnóstico e terapêutica. Para além desta equipa o serviço conta com o apoio da equipa de anestesia, hemodinâmica, cardiologia e nefrologia, e, sempre que solicitado, de todas as especialidades existentes no Centro Hospitalar (CH).

O idoso admitido no serviço pode ser proveniente do domicílio, outras instituições, consulta externa, unidade de cuidados intensivos, bloco operatório, hemodinâmica e do serviço de cardiologia.

O acolhimento no serviço é feito pela equipa de enfermagem sendo da sua responsabilidade a visita ao serviço; a explicação de normas de funcionamento do serviço; a explicação de todos os procedimentos que se irão realizar e os momentos em que vão decorrer; a entrega dos folhetos informativos e do guia de acolhimento; proceder ao acolhimento da família, esclarecendo todas as dúvidas, disponibilizando a informação necessária e que possa ser útil para minimizar sofrimento e ansiedade; proceder á recolha da história clínica de enfermagem; iniciar a preparação para a alta, avaliando as necessidades da pessoa e família, numa perspetiva multiprofissional e assegurar a continuidade dos cuidados através registos de evolução do doente, em suporte informático, notas de alta/transferência.

O percurso dos doentes é o seguinte: os doentes são admitidos no dia anterior à cirurgia, fazem os exames de rotina e a preparação pré operatória. No dia da cirurgia o doente é transferido para o bloco operatório e após a cirurgia é transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde permanece até ser novamente transferido, de acordo com a sua situação clínica, para a enfermaria ou para a Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT).

O serviço foi acreditado pela Direção Geral de saúde (DGS) em 2017. Esta acreditação visa reconhecer a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o empenho voluntário na melhoria contínua, consolidando a

cultura de qualidade e segurança que se deve generalizar a todo o Serviço Nacional de Saúde. Com o reconhecimento da qualidade das estruturas organizativas e da prática clínica, a confiança dos cidadãos e dos profissionais nas respetivas instituições é fortalecida.

2.2. Unidade de Cuidados Comunidade X

O Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) K é constituído por um conjunto de meios físicos e respetivos recursos humanos que respondem à prestação de cuidados de saúde primários no Concelho. Ao todo existem três Unidade de Saúde Cuidados Personalizados (UCSP) e seis Unidades de Saúde Familiar (USF), para além de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), uma Unidade de Saúde Pública (USP) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Existem também outros serviços de apoio compostos por uma equipa multidisciplinar com autonomia organizativa e técnica atuando em intercooperação.

A sua missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população do Concelho de K, numa área territorial de 23,8 Km², visando a obtenção de ganhos em saúde, facilitando o acesso dos idosos aos diversos serviços de saúde, criando uma relação “ativa” com a comunidade, melhorando os cuidados de saúde primários em todas as suas vertentes, através da gestão dos recursos na procura da satisfação, da qualidade, a criatividade, a inovação, a competência, da corresponsabilidade e envolvimento dos parceiros, bom desempenho dos serviços e responsabilidade social.

A Unidade de Cuidados na Comunidade, é definida pelo Dec-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, art.º 11º como “ UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”. A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais consoante as necessidades e disponibilidades de recursos.

A UCC X integra o Agrupamento de Centros de Saúde da K, destina-se à população residente na área geográfica do Concelho da K, criada desde Fevereiro de 2010 é homologada a 12 de Julho de 2010, pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

Esta unidade presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Atua, ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. Articula, também, com todas as outras Unidades Funcionais do ACES VII-K e Instituições parceiras da comunidade.

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

2.1 Enquadramento

Atualmente verifica-se um envelhecimento da população com o aumento da esperança média de vida e a mudança de perfil das doenças (DGS, 2016). Como consequência verifica-se um aumento das situações de doença crónica, incapacidade e dependência (INE, 2011), sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de morte em Portugal (INE, 2016) e na Europa (SEC, 2012). Este envelhecimento progressivo leva a um aumento da procura de cuidados de saúde nos diversos domínios do foro cardíaco.

No campo das doenças do foro cardíaco os focos cirúrgicos fundamentais são a doença das artérias coronárias e a doença dos aparelhos valvulares (Antunes et. al, 2016).

Podemos verificar que a doença valvular de natureza degenerativa e a estenose valvular aórtica vêm atingindo uma maior prevalência estando associadas esta a longevidade da população. A idade deixou de ser uma barreira biológica à cirurgia e os resultados cirúrgicos são cada vez melhores (Antunes et. al, 2016).

Em Portugal foi feito um estudo (AMALIA) sobre a prevalência dos principais fatores de risco de doença cardiovascular, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes, tabagismo, excesso de peso/obesidade. E destes fatores de risco foram a hipertensão arterial, diabetes, sedentarismo e hipercolesterolemia (Perdigão et al, 2011).

Os fatores de risco associados à experiência de vida da pessoa idosa podem piorar o prognóstico e determinar e/ou desencadear complicações pós-operatórias.

A recuperação pós-operatória da pessoa idosa é mais longa, um processo mais lento devido as doenças crónicas e as alterações fisiológicas inerentes ao processo do envelhecimento.

O internamento prolongado na pessoa idosa está associado a uma maior dependência nas Atividades de Vida Diária (AVD), maior risco de queda, menor capacidade de tomar decisões e impacto psicológico negativo (Cabete, 2005). Em todo este processo é fundamental uma intervenção de enfermagem que vá de encontro à promoção dos projetos de saúde da pessoa (OE, 2012), sendo o foco a

readaptação da pessoa idosa e família. Esta intervenção deve ser direcionada para a gestão do seu processo de transição, na qual o enfermeiro se apoia na prática centrada na pessoa e nas suas necessidades reais (*Meleis, 2010*). Desta forma, a transição pode ser entendida como um momento complexo de aquisição de competências e ganhos. Os cuidados de enfermagem devem ser baseados na centralidade da pessoa e família, na sua autonomização e capacitação, alicerçados nos padrões de qualidade sensíveis à individualidade e à responsabilização (*Watson, 2002*).

Pela experiência profissional na área da prestação de cuidados à pessoa idosa e família com patologia cardíaca, podemos verificar que embora a cirurgia seja eletiva, ainda, existe um grande desconhecimento sobre o que a envolve e as complicações que daí possam advir. É no momento de admissão que são explicados os procedimentos e surgem as dúvidas, as inquietações e o medo do desconhecido. É a partir deste momento que se devem desenvolver estratégias direcionando os cuidados para as necessidades da pessoa idosa submetida a cirurgia e família, designadamente na preparação do regresso a casa.

A preparação do regresso a casa deve ser iniciada no momento de admissão, pois a complexidade da situação da transição do hospital para a casa /domicílio assim o exige. (*Pereira, 2013*).

Segundo refere *Alves et al. (2007)* a reação de cada família perante a doença e a hospitalização é afetada pela estrutura familiar, pelo momento do ciclo vital em que a pessoa idosa/família se encontra, pela própria doença, as vivências anteriores, a comunicação intrafamiliar, a cultura, a etnia, a religião, a rede de apoio paralela da família e a forma como a pessoa idosa reage a esta nova situação.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa, é pretendido que se desenvolvam competências para que se compreenda a situação da pessoa idosa e família, na sua globalidade, de forma reflexiva e científica (*Benner, 2001*). Este desenvolvimento de competências, de acordo com o mesmo autor, devem contribuir para que exista continuidade de cuidados após a alta e para uma melhoria da saúde das pessoas idosas e família, onde o enfermeiro especialista não se limita a fornecer informação, mas proporciona novas expectativas, novas maneiras de adaptação à sua saúde/doença, contribuindo para o seu bem-estar.

Tendo por finalidade o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e aprendizagens profissionais (OE, 2011), bem como competências de enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, para cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família nos vários contextos onde se encontram (ESEL, 2017). E também, de enfermeiro mestre na capacidade de análise do conhecimento que sustenta a sua prática de enfermagem baseada na evidência científica, nas suas dimensões ética, política, histórica, social e económica e no desenvolvimento de projetos inovadores que promovam a reflexão das práticas e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (ESEL, 2017).

Para desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre, definimos para este estágio a finalidade: desenvolver competências de Enfermeira Especialista e Mestre na capacitação para cuidar da pessoa idosa e/ou família submetida a cirurgia cardíaca na preparação do regresso a casa.

Os nossos objetivos foram:

1. Adquirir competências como Enfermeira Especialista e Mestre na prestação de cuidados à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e sua família na preparação do regresso a casa.
2. Sensibilizar a equipa de enfermagem para a prestação de cuidados à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e sua família na preparação do regresso a casa.

A realização do estágio teve por base o projeto estruturado segundo a metodologia de Projeto, que consiste na investigação centrada num problema real identificado no contexto da prática e na implementação de estratégias e atividades eficazes para a sua resolução do mesmo (Ruivo et al, 2010).

2.2 Revisão Crítica da Literatura

2.2.1 O idoso saudável e o envelhecimento

Encarar o envelhecimento como um período de fim de vida, é ignorar todo um processo, uma diversidade de percursos de vida assim como os seus resultados, influenciados por muitas variáveis, individuais, contextuais, culturais e históricas (*Lachman & Baltes*, 1994, p. 538, cit in *Fonseca*, 2005).

O carácter determinista muitas vezes associado ao envelhecimento não é congruente com a capacidade de mudança presente ao longo de todo o ciclo de vida. Constatam-se alterações, desde a infância, adolescência, idade adulta e terceira idade, ou seja, ao longo da vida. É então possível uma compreensão “plástica” do desenvolvimento, que abrange as dimensões sociais, biológicas e comportamentais. A psicologia do ciclo de vida tem como objetivo a adaptação bem-sucedida do indivíduo ao meio ambiente, pela continuidade de “ganhos” e “perdas” (*Fonseca*, 2005).

Mais recentemente, de acordo com *Spar & La Rou* (2005), existe o envelhecimento primário ou senescência, pautado por mudanças orgânicas, morfológicas e funcionais, e o envelhecimento secundário, caracterizado por mudanças que ocorrem com maior frequência, mas que não estão necessariamente presentes. Outra diferenciação que contribui para uma melhor compreensão deste processo denominado por envelhecimento, nomeadamente a distinção entre o envelhecimento “normal”, onde a ocorrência de doença não é implicada, e o envelhecimento patológico, caracterizado pela ocorrência de doença sendo esta a causa próxima da morte (*Fonseca*, 2006).

Falar de envelhecimento implica falar de idade, esta, como variável biológica, não é por si mesma determinante no processo de envelhecimento. De acordo com *Birren & Cunningham* (1995), existem diferentes “categorias” de idade: idade biológica; idade psicológica; idade sociocultural. A idade biológica, refere-se exclusivamente ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo. A idade psicológica centra-se nas competências e capacidades psicológicas utilizadas na adaptação a mudanças ambientais. Por fim, a idade sociocultural diz respeito ao

conjunto específico de papéis sociais adotados em comparação com outros membros da sociedade.

Esta abordagem conceptual parte do pressuposto que o envelhecimento psicológico é o resultado do equilíbrio entre períodos de estabilidade e de mudança. Conforme este pressuposto, algumas funções, principalmente de natureza física, perdem eficácia, enquanto outras estabilizam, como a maioria das variáveis relativas à personalidade, sendo mesmo possível a evolução positiva de algumas funções, principalmente das ligadas à experiência e conhecimentos prévio.

Segundo *Fernández-Ballesteros* (2000) no decorrer do ciclo de vida, a variabilidade interindividual é crescente, sendo importante equacionar os hábitos de vida no processo de envelhecimento. De acordo com *Bandura* (1978, cit in *Fernández-Ballesteros*, 2000), os diferentes padrões de envelhecimento não são aleatórios, pelo contrário, os indivíduos são agentes ativos no seu processo de envelhecimento, havendo inclusive formas de envelhecimento esperadas, promovidas e mesmo determinadas socialmente. Apesar de o envelhecimento ser muitas vezes considerado como um processo de perda e de declínio, ao qual se associa o conceito de idadismo. Este é caracterizado pela discriminação com base na idade sendo de carácter, especialmente, ameaçador para a saúde e bem-estar de adultos idosos, evidenciando uma perspectiva salutogênica, onde a satisfação com a vida, o afeto positivo e um envelhecimento ótimo podem ser evidenciados (*Fernández-Ballesteros*, 2006).

Associado ao envelhecimento aparece o conceito de idoso. O conceito de idoso é diferente dos países em desenvolvimento e países desenvolvidos. Nos primeiros considera-se uma pessoa idosa toda aquela com mais de 60 anos enquanto nos segundos considera-se pessoas idosas todas aquelas com 65 anos ou mais, tendo sido esta definição estabelecida na Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, relacionando o “ser idoso” com a expectativa de vida ao nascer e a qualidade de vida que as diferentes nações proporcionam aos seus cidadãos (Santos, 2010).

O critério cronológico, apesar de ser o menos preciso, continua a ser o mais utilizado na definição de pessoa idosa, por exemplo, na delimitação da população num determinado estudo ou numa análise epidemiológica, com propósitos administrativos e legais vocacionados para o desenho de políticas públicas e o planeamento ou oferta de serviços para esta franja de população (Santos, 2010).

Habitualmente, o conceito de idoso é associado a doença, a dependência e à perda produtividade, por se considerar existir um decréscimo de competências do indivíduo, nesta fase do ciclo de vida. No entanto, esta afirmação não traduz completamente a realidade, uma vez que, cada vez mais nos países desenvolvidos, as pessoas se vão adaptando às mudanças associadas ao avanço da idade, contribuindo de forma proativa para a comunidade, promovendo o envelhecimento saudável, e, por consequência uma boa auto estima (*Ahtonen, 2012*).

Surge então o conceito de envelhecimento ativo, definido pela Organização Mundial da Saúde (2002) como sendo um processo de otimização de oportunidades para a saúde e de segurança. Daí a Organização Mundial da Saúde (OMS) definir como pessoa idosa, aquela com a idade superior a 65 anos de idade para os países em desenvolvimento.

Um idoso saudável não é apenas aquele que mantém a saúde física e mental, mas também aquele que maximiza os recursos que tem ao seu dispor. A promoção de cuidados de saúde preventivos, tanto na saúde como na doença, poderá melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa. A preocupação deverá ser, não só dar mais anos à vida, mas mais vida aos anos. (*Bowling et al., 2002*).

No entanto, é frequente as pessoas, nesta fase do ciclo de vida, apresentarem alterações de saúde, nomeadamente doenças cardiovasculares.

Com uma população cada vez mais envelhecida a nível mundial, principalmente nos países desenvolvidos, a maior incidência de doenças cardiovasculares é notório o défice na qualidade de vida das pessoas idosas.

São notórias as alterações do sistema cardiovascular com o avanço da idade como é o caso da arteriosclerose, a diminuição da distensibilidade da aorta e das grandes artérias, o comprometimento da condução cardíaca e a redução na função barorrecetora (*Zaslavsky & Gus, 2002*).

Na sua maioria, as doenças cardiovasculares nos idosos são potenciadas pelos hábitos de vida menos saudáveis, nomeadamente o consumo de tabaco, o consumo do álcool, o sedentarismo, uma dieta pouco saudável, alteração das glicémias, aumento dos níveis de colesterol entre outros efeitos (*Jackson & Wenger, 2011*).

O tratamento das doenças cardíacas nos idosos é um desafio devido aos numerosos problemas de saúde associados ao envelhecimento. A definição do prognóstico de doença cardíaca é extremamente complexo, pois pode ser mascarado por outro tipo de etiologias, comorbilidades, e, ainda pela enorme variabilidade

individual no que toca à progressão, e resposta ao tratamento (*Jackson & Wenger, 2011*).

2.2.2 A pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca

A evolução da cirurgia cardíaca deve-se a um contínuo progresso tecnológico e aperfeiçoamento profissional, sendo que o aumento da expectativa de vida da população gerou um maior número de procedimentos cirúrgicos em pessoas idosos.

A cirurgia cardíaca é um procedimento complexo que envolve alterações em vários mecanismos fisiológicos, repercutindo-se depois na maior necessidade de cuidados no pós-operatório (*Filho et al. 2004*). Ainda apresentam complicações específicas, sendo as mais comuns, as cardíacas (enfarte agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca congestiva), hipertensão arterial, hipertensão pulmonar, doenças cerebrovasculares, complicações neurológicas, infecciosas e renais (*Filho et al. 2004*).

Face a estas circunstâncias é fundamental uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, de forma a equacionar as diferentes dimensões e fatores como: múltiplas comorbilidades, mobilidade (reduzida), défice cognitivo, audição, ansiedade, literacia e suporte familiar. Estas podem facilitar ou complicar a recuperação (*Naylor & Keating, 2008; Bobay et al., 2010, Shyu et al., 2010; Naylor, 2012*).

Segundo *Dantas et al. (2002)*, a experiência de doença cardíaca é um problema na vida da pessoa idosa e dos familiares, porque o tratamento e o processo de recuperação geram inseguranças e alterações na vida das pessoas envolvidas. A família tem um papel muito relevante, pois nestas situações torna-se necessário o reajuste nos papéis para solucionar os problemas que advêm da situação. Para que a família cumpra o papel de suporte é necessário, também, que ela tenha apoio nas suas necessidades físicas e emocionais. Igualmente *Branco e Santos (2010)*, referem que o envolvimento da uma família é fundamental. Esta deve estar esclarecida e ser cooperante. Uma família unida é certamente menos ansiosa, mais esperançada e responsável pelo amparo à pessoa idosa.

A pessoa idosa quando submetida a cirurgia manifesta grande preocupação face as suas repercussões na capacidade funcional e, conseqüentemente, limitações nas interações sociais conducentes ao seu isolamento (*Lien et al.*, 2009; *Greysen et al.*, 2014).

A família assume aqui um papel muito relevante, pois torna-se necessário, por vezes, o reajuste dos papéis familiares, exigindo à família adaptação à nova situação. Para que a família possa desempenhar o papel de suporte é necessário que esteja esclarecida. Assim, é essencial que o enfermeiro tenha uma base científica no desenvolvimento da sua intervenção “para” e “com” a pessoa idosa e família, promovendo a aquisição de conhecimentos com o intuito de fortalecer as habilidades para cuidar em colaboração com o enfermeiro/ equipa de saúde (*Balduino et al.*, 2009).

2.2.3 Intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família na preparação do regresso a casa

Para a pessoa idosa a hospitalização e o regresso a casa representam uma ameaça e um desafio, que podem ser vivenciados de diferentes maneiras de acordo com a sua capacidade de adaptação, as experiências anteriores, as representações de saúde e de doença, entre outras (Cabete, 2001; Moniz, 2003).

Esta transição pode ser definida como uma passagem para uma nova fase da vida, de condição ou *status*, entre dois períodos de tempo analogamente estáveis; trata-se de um conceito múltiplo e complexo que envolve elementos de processo, período de tempo e percepção (*Meleis*, 2010).

A transição intrínseca ao regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e sua família constitui um fator causador de transformações, na alteração de papéis, no desenvolvimento de diferentes competências, na aquisição de novos conhecimentos, na readaptação da nova condição de vida com o objetivo de alcançar o equilíbrio. As pessoas sujeitas a um processo de transição são mais vulneráveis aos riscos a que estão expostos podendo afetar a sua saúde e bem-estar (*Meleis*, 2010).

As intervenções de enfermagem devem ter o seu foco na pessoa, com o objetivo de promover transições saudáveis, o bem-estar e gestão da experiência de transição, que é o regresso a casa. Este regresso a casa requer rigor na preparação,

daí a necessidade de destringir entre o ter “alta” e o “regresso a casa”. Consideramos que “ter Alta” significa a saída do cliente do hospital implicando um processo administrativo, decorrente da assinatura médica. Já a “preparação do regresso a casa” compreende a preocupação com a saúde, bem-estar e segurança da pessoa idosa e família, exigindo uma mobilização de recursos que habilitem para os cuidados em casa (Rebelo, 2012). Esta preparação deve ter como objetivo minorar o tempo de internamento, facilitar a transição para a comunidade, resolver problemas atendendo às expetativas da pessoa idosa, família e não menos relevante dos profissionais de saúde (Pereira, 2013).

A continuidade dos cuidados só será alcançada se forem efetuados registos individualizados e completos, partilha de informação entre a equipa multidisciplinar e articulação com os recursos existentes da comunidade (Florêncio, 2011).

A intervenção de enfermagem deve ser clara e adequada à pessoa idosa, para que daí possam advir os benefícios pretendidos. A revisão de literatura realizado por *Laugaland et al.* (2012) teve como objetivos identificar e avaliar os efeitos das intervenções para preparação da transição do idoso do hospital para a comunidade e chegaram à conclusão que as intervenções desenvolvidas conduziam a diferentes benefícios, nomeadamente: redução das taxas de readmissão, redução dos efeitos adversos da medicação, diminuição da utilização dos serviços de saúde e satisfação e diminuição de custos. Foi também verificado que o conhecimento dos enfermeiros sobre a transição de cuidados deve ser melhorado.

Na preparação do regresso a casa deve existir um guia orientador, para que cada enfermeiro possa adequar as suas intervenções à pessoa idosa e família, de forma individualizada. As pessoas idosas aprendem mais rápido quando a nova informação é passada, tendo em consideração os seus conhecimentos, experiências e contextos e as intervenções serão otimizadas se toda a família for englobada no processo de cuidados (OE, 2012). Este envolvimento fortalece a unidade familiar e promove a qualidade e continuidade dos cuidados desde o hospital até ao domicílio (Freitas, 2002; Nunes, 2008).

Para que este processo seja eficaz é necessário o conhecimento profundo da pessoa idosa nas suas várias dimensões e família, pelo que é fundamental uma recolha de dados que inclua a avaliação das necessidades, condições socioeconómicas, recursos materiais e rede de suporte (Petronilho, 2007; *Shyu et al.*, 2010; Gomes, 2013).

O planeamento do regresso a casa deve ser um processo contínuo, holístico e centrado na pessoa, envolvendo a família, a equipa de saúde e as organizações da comunidade.

3. METODOLOGIA DO PROJETO

Neste capítulo descrevemos a metodologia do projeto orientadora do estágio, os contextos de estágio, as considerações éticas e, ainda, o estudo de investigação que realizámos no decurso do estágio, mais precisamente em contexto de cuidados de saúde diferenciados.

Com o objetivo da resolução do problema elencado, foi desenvolvida uma metodologia promotora do envolvimento das equipas (Ruivo et al., 2010), bem como da população internada num serviço de Cirurgia Cardiorácica (CCT) de um hospital de Lisboa e da equipa de enfermagem e pessoas idosas e família selecionadas da população acompanhadas pelas equipas da Unidade Cuidados na Comunidade (UCC) no ACES da K.

Esta metodologia promoveu a iniciativa e autonomia, na realização de uma atividade intencional, através do planeamento das atividades e estratégias que pressupõem uma mudança das práticas, alicerçada na investigação e centrada na resolução do problema.

Tendo em conta a tipologia de população, que atualmente recorre aos serviços de saúde, é necessário desenvolver uma visão holística da pessoa idosa e dos seus contextos (saúde, doença e vida), para promover o regresso a casa de forma direcionada e individualizada, recorrendo também á avaliação multidimensional (*Lien et al.*, 2009; *Shyu et al.*, 2010; Gomes, 2013).

É imprescindível que todo este processo vá de encontro às preocupações e necessidades da pessoa idosa e família, e também ao seu projeto de vida individual. Assim, depois de identificado o problema na prática dos cuidados, consideramos fundamental, desenvolver um projeto de estágio com fio condutor metodologia de projeto, constituída por cinco etapas: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e, por fim, divulgação dos resultados através de um relatório (Ruivo et al., 2010).

3.1 Plano de Trabalho e Métodos

Na procura de desenvolver uma intervenção para a resolução de um problema na prática clínica no contexto onde exerço funções, recorreremos à metodologia de projeto, pretendendo-se o envolvimento de todos os participantes envolvidos na mudança pretendida (Ruivo et al,2010), designadamente da população internada no serviço de CCT Y, da equipa de enfermagem, das pessoas idosas e família acompanhada pelas equipas da UCC X.

Esta metodologia prevê a existência de iniciativa e autonomia, na realização de uma atividade intencional, através do planeamento de estratégias e atividades que pressupõem uma mudança das práticas, alicerçada na investigação e centrada na resolução do problema.

No serviço de CCT Y a prática de enfermagem está, ainda, centrada na doença, na prevenção e controlo de complicações pós-operatórias e nos cuidados baseados no modelo biomédico. Da experiência profissional associada à reflexão com a equipa de enfermagem do serviço, foi possível perceber que apesar de existir um planeamento de intervenção definido desde a admissão até à alta, os “ensinos” estão calendarizados e são standardizados não tendo em conta a quem se dirigem. Também, no serviço, o horário de visita para o familiar/pessoa de referência foi alargado das 11h até 21h, constatando-se que nem sempre este é visto como parceiro nos cuidados de saúde.

A população que, atualmente, recorre aos serviços de saúde é constituída por pessoas idosas, pelo que é necessário desenvolver um conhecimento aprofundado do processo de envelhecimento e dos contextos (saúde, doença e vida), que lhe estão inerentes de forma a promover um *continuum* de saúde de forma individualizada, através de avaliação multidimensional (Gomes 2013; Shyu et al., 2010; Lien et al., 2009).

Daí ser imprescindível que o processo de preparação para a alta vá de encontro às preocupações e necessidades da pessoa idosa e família, tendo em conta o projeto individual de vida.

Após a contextualização dos campos de estágio e definição da problemática: “A preparação da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e/ou família para o regresso a casa – intervenções de enfermagem”, identifica a partir da questão de

partida “Como deve ser realizada a preparação da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e/ou família para o regresso a casa, que intervenções de enfermagem?”

Depois do problema identificado, consideramos fundamental definir, conforme a metodologia projeto, os objetivos, o planeamento de atividades, que lhe estão inerentes, bem como as estratégias e recursos necessários à consecução dos mesmos (Ruivo et al, 2010).

Segundo Fortin (1999) o conhecimento pode ser adquirido de várias formas, dependendo do objetivo do estudo, e das várias fontes, não devendo ser esquecidas as considerações éticas e garantidos os direitos à autodeterminação, privacidade, anonimato e confidencialidade, proteção contra o desconforto e tratamento justo e equitativo das pessoas envolvidas.

No desenvolvimento do projeto são usadas várias técnicas de recolha de dados, tendo como foco aprofundar o conhecimento do fenómeno em estudo, de modo a reconhecer a posição real da prática dos cuidados, os comportamentos, as ideias e as expectativas das pessoas envolvidas. São utilizadas entrevistas, aplicadas escalas de avaliação multidimensional do idoso, efetuada análise documental e a observação participante.

As entrevistas semiestruturadas tiveram como finalidade conhecer a opinião e expectativas sobre os cuidados prestados. O resultado obtido depende da relação que se estabelece com o idoso e família durante a entrevista, pois é uma oportunidade para o desenvolvimento d uma comunicação mais efetiva.

Para Fortin (1999), o grau segundo o qual se caracteriza um conceito ou fenómeno pode ser conseguido através das escalas multidimensionais que permitem avaliar variáveis psicossociais e fisiológicas, situando a pessoa idosa numa base precisa de uma continuação ou numa subsequência ordenada de categorias explicadas.

Através da análise dos registos de enfermagem é possível identificar a informação sobre os cuidados prestados à pessoa idosa, neste caso específico submetida a cirurgia cardíaca e família.

Com o recurso a observação participante é possível identificar a conduta das pessoas e a prática de cuidados in loco.

Para melhor se identificarem as estratégias de enfermagem para a preparação da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e/ou família para o regresso a casa, foi realizada uma **revisão scoping** (Apêndice I).

3.2 Objetivos, Planeamento de atividades, estratégias e recursos

Tendo como finalidade o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2011); de competências de enfermeiro especialista e mestre na área médico-cirúrgica, para cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família nos vários contextos onde se encontram (ESEL, 2017); ou de enfermeiro mestre na capacidade de análise do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem baseada na evidência, nas suas dimensões ética, política, histórica, social e económica e no desenvolvimento de projetos que promovam a reflexão das práticas e dos projetos inovadores ao nível das práticas de cuidados (ESEL, 2017).

Para desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre, executamos o projeto já definido, com a finalidade de adquirir competências de Enfermeira Especialista e Mestre na capacitação para cuidar da pessoa idosa e/ou família fundamentalmente quando submetida a cirurgia cardíaca na preparação do regresso a casa.

O estágio desenvolveu-se durante 18 semanas, dividido por um período de cinco semanas em cuidados de saúde primários, numa UCC inserida no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da K e as restantes 13 semanas de estágio decorreram num serviço de cirurgia cardiotorácica de um Hospital de Lisboa, local onde o foco são os cuidados de saúde diferenciados.

Após ter sido feito o diagnóstico de situação e para uma melhor execução do projeto, realizou-se uma **revisão *scoping*** (Apêndice I) que consistiu na pesquisa de evidências científicas sobre o conhecimento científico associado a intervenção de enfermagem, tal como é preconizado nos respetivos domínios de competência.

De acordo com a metodologia de Joanna Briggs Institute foram utilizados os termos de pesquisa de acordo com a terminologia População, Contexto e Conceito (PCC), através de descritores Medical Subject Headings (MeSH) e palavras-chave, de modo a formular a questão norteadora da presente revisão *scoping*.

No âmbito do trabalho de investigação e associado a metodologia do projeto participaram 20 idosos (e suas famílias), submetidos a cirurgia cardíaca durante o período de estágio, e 30 enfermeiros.

Os idosos participantes no estudo foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- pessoas submetidas a cirurgia cardíaca,
- idade superior a 65 anos,
- com cirurgia eletiva,
- sem alterações neurológicas, dificuldades na comunicação e cuja cirurgia não tenha sido de caráter de urgência.

Os critérios de exclusão são:

- idade inferior a 65 anos,
- cirurgia não eletivamente,
- pessoas que apresentem alterações neurológicas, dificuldades na comunicação.

Os enfermeiros participantes neste estudo foram selecionados de acordo com o seguinte critério de inclusão: estar no serviço no período de colheita de dados, tendo sido excluídos os que estavam de férias.

Para o estágio foram definidos os objetivos gerais e objetivos específicos, para que estes fossem alcançados, elaborou-se um plano de atividades com os respetivos indicadores de avaliação. Estes foram um fio condutor ao longo de todo o estágio.

Para a consecução do estágio foram utilizados vários recursos, tais como: recursos humanos, materiais, físicos e temporais.

Recursos humanos: pessoas idosas e família; equipa multidisciplinar do serviço de CCT e UCC K +, designadamente os enfermeiros orientadores e enfermeiros-chefes; professora orientadora da ESEL;

Recursos Materiais: material para registos (folhas de papel e canetas), material informático (computador com acesso à internet e bases de dados para pesquisa, impressora) instrumento de colheita de dados (ICD), escalas de avaliação multidimensional;

Recursos físicos: locais de estágio (serviço de CCT e UCC K +); gabinete de reuniões, biblioteca e sala de computadores da ESEL, domicílio das pessoas acompanhadas na UCC K +;

Recursos Temporais: Gestão do tempo pessoal, profissional e académico para o desenvolvimento das atividades nos locais de estágio; disponibilidade e planeamento da equipa de enfermagem para o desenvolvimento das atividades de

intervenção à pessoa idosa e família; disponibilidade para acompanhamento do projeto dos enfermeiros orientadores de estágio e da professora orientadora da ESEL.

3.3 Estudo quase experimental

No decurso do estágio em cuidados de saúde diferenciados desenvolvemos uma investigação ação com o objetivo de saber a opinião dos doentes e familiares sobre a preparação para a alta. Com o propósito de perceber a necessidade dos doentes/família face à preparação para alta e o conteúdo abordado pelos enfermeiros abordados pelos enfermeiros na preparação da mesma. A partir dos resultados obtidos fizemos formação no sentido de colmatar as falhas sentidas pelos doentes / famílias.

Através da observação participante é possível observar a conduta das pessoas e identificar as práticas de cuidados in loco, conseguindo as respostas necessárias sobre os comportamentos dos enfermeiros nos cuidados à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca, tendo sempre presente que a recolha destes dados é feita de forma subjetiva (Pereira, 2013).

Para Fortin (1999), o grau segundo o qual se caracterizam relativamente a um conceito ou fenómeno pode ser determinado através das escalas multidimensionais que permitem avaliar variáveis psicossociais e fisiológicas, situando a pessoa idosa numa base precisa de uma continuação ou numa subsequência ordenada de categorias explicadas.

Entrevista

A entrevista é uma técnica na qual a pessoa (entrevistador) solicita informação de outra ou de um grupo (entrevistados, informantes), para obter dados sobre um determinado problema. Pressupõe, portanto, a existência de pelo menos duas pessoas e a possibilidade de interação verbal (Gómez Rodrigues et al., 1999).

As entrevistas realizadas no âmbito do trabalho de investigação aconteceram junto da pessoa idosa e família e incidiram sobre os cuidados prestados, possibilitando obter informação sobre expetativas, ideias pré-concebidas, comportamentos e sentimentos, entre outras dimensões. Estas entrevistas ocorreram em três momentos temporais distintos: num primeiro momento, aquando a admissão no serviço, num

segundo momento, quatro dias pós-operatório, e num terceiro momento, no dia da alta hospitalar.

Para Fortin (1999), o grau segundo o qual se caracterizam relativamente a um conceito ou fenómeno pode ser determinado através das escalas multidimensionais que permitem avaliar variáveis psicossociais e fisiológicas, situando a pessoa idosa numa base precisa de uma continuação ou numa subsequência ordenada de categorias explicadas.

Ainda tentamos ter a perceção da prática de cuidados de enfermagem dirigida aos idosos pelo que fizemos uma observação participante.

Observação participante

De acordo com Gonzalez Sanmamed (1994) a observação constitui um método de análise da realidade, em que através da contemplação atenta dos fenómenos, ações, processos, situações, pessoas,..., e as dinâmicas e relações que se geram entre eles.

Também realizamos observação participante, onde foi possível observar a conduta das pessoas e identificar as práticas de cuidados *in loco*, conseguindo as respostas necessárias sobre os comportamentos dos enfermeiros nos cuidados à pessoa idosa, submetida a cirurgia cardíaca, tendo sempre presente que a recolha destes dados é feita de forma subjetiva, realizada seguindo uma grelha de observação, previamente construída. (Pereira, 2013).

Segundo Goetz & Leconmte (1988), a observação participante consiste, exclusivamente, em contemplar o que está a acontecer e registar os factos sobre as situações. Para Leite (2000), as grelhas de observação orientam a atenção do observador para aspetos dos domínios cognitivo, afetivo ou psicomotor que, por serem considerados importantes no contexto da atividade a realizar e/ou por terem sido selecionados para observação, foram incluídos na grelha.

Também para conhecer o conteúdo da informação transmitida aos doentes e família sobre os cuidados na alta, fizemos a análise de conteúdo dos registos de enfermagem. Na análise dos registos de enfermagem é possível identificar a informação sobre os cuidados prestados à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família mais valorizada por toda a equipa de enfermagem. A análise de conteúdo foi igualmente aplicada no tratamento dos dados resultantes das observações

participante, entrevistas aos idosos e família e os questionários aplicados aos enfermeiros.

A técnica utilizada para a análise documental foi a *análise de conteúdo* que, segundo *Bardin* (1986, 2009), consiste numa das técnicas mais utilizadas para organizar a informação obtida tanto numa investigação qualitativa como quantitativa. De acordo com *González* (1994), a análise de conteúdo é “uma técnica que realiza inferências objetivas, identificando sistematicamente características específicas das mensagens” (p.103). Além disso, esta técnica permite fazer inferências válidas e confiáveis dos dados relativamente a um contexto e permite quantificá-los em categorias (*Sampieri et al.*, 2006).

A análise de conteúdo implica procedimentos especiais de processamento dos dados (*Posada*, 2001) e, assim sendo, obedece a uma codificação, categorização e análise dos dados, que são interpretados e integrados, com o objetivo de apresentar descobertas e, sobretudo, o seu significado no âmbito da investigação à qual pertence o estudo, para o avanço científico em geral (*González*, 1994).

Foi também pertinente elaborar um questionário para caracterizar a equipa de enfermagem, identificar o tempo de serviço e a experiência profissional e para identificar os conhecimentos que a equipa de enfermagem sabe sobre a preparação para a alta.

O questionário define-se como um inquérito caracterizado pela ausência do inquiridor, por considerar que para recolher informação sobre o problema objeto de estudo é suficiente uma interação impessoal com o inquirido (*Gómez et al.*, 1999).

3.4 Considerações Éticas

Ao nível das competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista assegura a proteção dos direitos humanos, respeitando o código deontológico da sua área de especialidade, relativamente à proteção da confidencialidade, privacidade e respeito da pessoa idosa e família (*O.E.*, 2010).

Segundo *Fortin* (1999), devem ser consagrados os direitos à confidencialidade (garantido o anonimato dos participantes), à privacidade (intervindo apenas com consentimento), à autodeterminação (capacidade de decisão), ao tratamento justo e equitativo (direito de obter informação).

A concretização deste projeto de estágio assegurou, em todas as fases do seu desenvolvimento, os direitos primordiais das pessoas idosas submetidas a cirurgia cardíaca, pilar fundamental para a implementação e desenvolvimento de uma relação ao nível dos cuidados de enfermagem e foram respeitados os princípios éticos em todos os estudos (Apêndices II).

Em relação às pessoas idosas que participaram no projeto, nomeadamente, nos estudos de caso e nas que participaram na recolha de dados, foi pedido o seu consentimento informado e esclarecido (Apêndice III), informadas e dada a garantia da liberdade de escolha, o direito de revogação da sua participação em qualquer momento, bem como a confidencialidade e anonimato dos seus dados pessoais. O mesmo procedimento foi assegurado em relação aos profissionais de saúde aquando da participação no projeto (Apêndice IV).

4. ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRA ESPECIALISTA E MESTRE NA ÁREA PESSOA IDOSA

No decorrer deste estágio propusemo-nos desenvolver um conjunto de competências comuns de enfermeiro especialista, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (OE, 2011).

Na prática de enfermagem é importante o desenvolvimento de competências, razão pela qual o enfermeiro deve deter um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, que mobilizados nos contextos da prática clínica, lhe permitam ponderar as necessidades de saúde da pessoa/família (OE, 2010).

Neste entendimento, é imprescindível que o enfermeiro desenvolva um percurso de formação consistente, dinâmico e contínuo, com enfoque no desenvolvimento profissional, uma vez que o exercício profissional dos enfermeiros não pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde (OE, 2012).

O estágio teve como foco o desenvolvimento de competências na área médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa, com vista à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa em situação de doença crónica, incluindo agudizada e sua família, em contexto intra e extra-hospitalar, (ESEL, 2017) especificamente na capacitação para cuidar da pessoa idosa e/ou família, fundamentalmente quando submetida a cirurgia cardíaca na preparação do regresso a casa.

Os resultados alcançados trouxeram contributos que permitiram em momentos chave a diretriz na intervenção junto da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família. De acordo com vários autores (p. ex.: Yokose *et al.*, 2016; Pivoto *et al.*, 2010; Cavalcanti & Coelho, 2007; Galdeano *et al.*, 2003), os enfermeiros devem estar disponíveis para a pessoa idosa, disponibilizando o tempo necessário para a expressão de sentimentos e esclarecimento de dúvidas, recorrendo linguagem de fácil compreensão.

É por isso muito importante reconhecer a importância da comunicação em todo este processo, visto que esta permite desenvolver e direccionar os cuidados de enfermagem, para intervenções fundamentadas e adequadas às necessidades

individuais, envolvendo desta forma todos os agentes: a pessoa idosa, a família e a equipa de enfermagem.

4.1 Atividades e aprendizagens realizadas no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no âmbito do cuidado à pessoa idosa na UCC X

O estágio na comunidade decorreu entre 25 de setembro e 27 de outubro de 2017 tal como atrás referido, pretendendo-se com este conhecer o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros em contexto de cuidados de saúde na comunidade, pois trabalhámos a temática a preparação do regresso a casa do idoso submetido a cirurgia cardíaca. O estágio foi fundamental conhecer o doente e a família no próprio domicílio, perceber todo o processo desde o dia em que o doente regressa a casa após alta hospitalar, e a continuidade de cuidados de saúde para o restabelecimento e promoção de saúde.

Integramos uma equipa de ECCI da UCC X acompanhando-a em todo o processo, os objetivos e atividades realizadas desenvolvidas estão descritas no apêndice V.

Atividade 1. Reunião com o Enfermeiro Chefe da UCC X e Apresentação, reflexão e debate do projeto com a equipa da UCC X

A apresentação do projeto foi feita inicialmente ao coordenador da UCC e à enfermeira orientadora, e, posteriormente, a toda a equipa de enfermagem. Os momentos de partilha permitiram dar a conhecer os objetivos e as atividades a desenvolver durante o estágio e a discussão sobre as estratégias para a implementação do projeto de estágio. Este contributo continuou ao longo destas 5 semanas, na preparação para cada visita domiciliária, com recurso ao processo do doente, esclarecimento sobre a forma de referenciação para a UCC e, no final do dia, na realização dos registos e na reflexão dos cuidados prestados. O enfermeiro é responsável pela elaboração e atualização do plano de cuidados, acompanhamento em todo o processo de cuidados ao idoso/ família, ao longo da sua permanência na

ECCI, e pela articulação com os recursos na comunidade na consecução do processo de cuidados para a satisfação das necessidades fundamentais.

Apercebemo-nos desde logo a partir do primeiro dia, que os cuidados de enfermagem desenvolvidos neste contexto nos apresentavam uma realidade até então desconhecida.

Vivenciar esta realidade permitiu fazer reflexões diárias sobre o funcionamento da UCC e cuidados de enfermagem, sobre a importância dos cuidados de saúde primários para o bem-estar da população. Foram, também, primordiais durante todo o percurso do estágio, as reuniões de orientação tutorial, quer a nível académico (presencialmente nas instalações da ESEL), quer ao nível de campo de estágio, para o desenvolvimento pessoal e profissional ao longo do estágio. Estas orientações foram moderadas pela professora orientadora e com a presença da enfermeira orientadora, sendo que as orientações e questões conduziavam-nos a uma consciencialização do pensamento, das dúvidas e inquietações. Ocorreram sempre numa atitude positiva de estímulo e disponibilidade, tendo sempre como foco a aquisição de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, na mobilização dos conhecimentos adquiridos e na identificação de estratégias para ultrapassar dúvidas e inquietações.

Atividade 2. Consulta para conhecimento do plano de atividades da UCC X

A área a que a equipa de ECCI dá resposta é bastante extensa e com características particulares. Neste contexto, pude constatar que existe uma rede de apoio à comunidade bastante alargada, entre instituições particulares e públicas, que dão resposta às necessidades da população envelhecida, quer em termos de alimentação assim como em cuidados de higiene e conforto. A UCC X desenvolve um projeto que permite “Capacitar quem Ajuda”, através de sessões formativas sobre determinados temas e conteúdos.

Após ter sido feita a integração na equipa, através do conhecimento de todo o funcionamento da ECCI e do trabalho por eles desenvolvido, foi-nos proporcionado colaborar na apresentação de duas sessões deste projeto, com os seguintes temas: “ Primeiros Socorros - Estar preparado ajuda”; “ Cuidados de Higiene e Conforto”. Estas incluíram a demonstração prática como por exemplo a execução da posição lateral de segurança ou a realização de pensos simples.

Muitas vezes os cuidados não são prestados pela família, sendo estes assegurados por instituições, que em articulação com a unidade, definem quem são os elementos que vão frequentar a formação, permitindo, assim, estabelecer uma relação de proximidade com os cuidadores, pois, no caso da pessoa idosa/família precisar de uma intervenção, entram de imediato em contacto com a equipa de saúde.

Durante o estágio foi-nos dada, também, a possibilidade de assistir a uma reunião da equipa multidisciplinar da ECCI, com a assistente social e com a terapeuta ocupacional, onde mensalmente são discutidas as situações sociais e de saúde dos doentes que aqui estão referenciados. Esta reunião permite igualmente, discutir os problemas identificados, encaminhar os idosos caso haja necessidade ou mesmo identificar estratégias para a resolução dos problemas detetados. Foi muito importante ter tido esta oportunidade de aprendizagem, onde foi possível perceber a importância de se trabalhar em equipa.

Na comunidade pude verificar o verdadeiro significado do trabalho de uma equipa multidisciplinar, onde o sucesso de uma intervenção resulta do trabalho de todos. Na situação de uma pessoa idosa após Acidente Vascular Cerebral (AVC) com alta hospitalar e, antes, desse dia, a equipa da ECCI foi contactada para que fossem antecipadas as necessidades de intervenção na comunidade, antes de ir para casa, como por exemplo dispôr de uma cadeira de rodas. A assistente social, a terapeuta ocupacional e a enfermeira, fizeram uma primeira visita a casa e detetaram que o prédio não tinha rampa para uma cadeira de rodas, que a casa de banho não tinha duche, entre outras. Com a ajuda da família e de alguns apoios da comunidade, foi possível arranjar uma cadeira de banho e providenciar uma rampa para a cadeira de rodas, tendo sido fundamental para o sucesso desta ação o excelente trabalho de equipa.

A Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 1), aponta como competências do enfermeiro especialista, a gestão dos cuidados de enfermagem, “otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” e a adaptação, a liderança e a “gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados”.

A competência do enfermeiro está associada aos diferentes saberes (saber, saber estar, ser e fazer). Estes são construídos pela aplicação do conhecimento a situações/problemas identificados no contexto da prestação de cuidados e mediado por uma prática reflexiva (Serrano et al., 2011).

Atividade 3. Participação na prestação de cuidados diretos, em contexto domiciliário na tentativa de identificar necessidades conducentes a continuidade do cuidado no regresso a casa

O contexto de cuidados é o domicílio do doente/família. É a equipa que vai a casa do doente/família e por este facto, as primeiras visitas foram embaraçosas, pois sentimos alguma timidez e dificuldade em interagir com o idoso e família. Na primeira visita estava tão receosa que não consegui dizer nada, apenas cumprimentei o idoso e a família, tendo sentido que estávamos a invadir o espaço do doente/família, pois em contexto hospitalar somos nós que recebemos os doentes e a família (estamos na nossa zona de conforto), mas esquecemo-nos que o espaço também é do doente, sendo que na comunidade somos recebidos nas suas casas.

Quando refletimos sobre a natureza dos cuidados de enfermagem, ressalta a relação interpessoal do enfermeiro com o idoso, ou do enfermeiro com um grupo de idosos, famílias ou comunidade. Esta interação, leva à compreensão do outro na sua singularidade, permitindo estabelecer diferenças entre os idosos, e prestar cuidados de enfermagem de forma mais individualizada (Andrade, 2009).

Na comunidade o enfermeiro tem um papel de relevo, por assumir a responsabilidade/compromisso de ir ao encontro das necessidades reais de saúde das populações, onde centra as suas práticas na promoção da saúde, dando destaque para as atividades de educação para a saúde, prevenção da doença, recuperação e manutenção da saúde, planeamento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma comunidade (OE, 2012).

Sendo assim, o enfermeiro deve procurar juntamente com a família, a melhor forma de integrar a prestação de cuidados decorrente da alteração de saúde, das rotinas familiares diárias e, se necessário, mobilizar os recursos existentes na comunidade. No entanto, a intervenção de enfermagem deverá ser no sentido de englobar a família no cuidado, respeitando sempre a sua autonomia e capacidade de decisão em função dos seus valores e capacidades (*Potter & Perry, 2003*).

Neste sentido, para a compreensão da família como unidade é essencial visualizar a sua concetualização através de um paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, mutualidade e multidimensionalidade que considera a autenticidade da família (Figueiredo, 2012).

A **reflexão** sobre a prestação de cuidados na comunidade foi importante, pois estes só podem suceder tendo por base uma relação de ajuda e confiança, com um efetivo conhecimento do idoso e da família, onde o enfermeiro encontra um ambiente de maior complexidade na prestação de cuidados (Apêndice VI).

Para Mendes (2006) a relação de ajuda pode ser considerado um "instrumento" no processo de cuidados de enfermagem, pois só quando os cuidados de enfermagem são prestados num contexto de uma relação de ajuda contribuem inevitavelmente para a qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde que se prestam à pessoa, à família ou à comunidade.

Segundo Abreu (2012) em cada visita domiciliária podem ser encontradas uma multiplicidade e imprevisibilidade de situações, em que não existe a segurança das paredes da instituição ou o suporte de uma equipa de trabalho, que constitui um verdadeiro desafio para o profissional. É no contexto domiciliário que o enfermeiro assume muitas vezes o papel de educador, de gestor junto da equipa, de confidente do idoso e do seu cuidador, de ajuda nas adaptações às limitações do idoso ou de amigo em diferentes situações, alegria ou tristeza.

Durante este estágio foram realizadas várias atividades, entre as quais uma revisão da literatura sobre o processo de envelhecimento, uma avaliação multidimensional da pessoa idosa e articulação dos Cuidados Saúde Primários (CSP) na transição de cuidados do hospital para a comunidade e vice-versa, a observação da prática de cuidados à pessoa idosa/família pela equipa ECCI, uma reunião com o enfermeiro chefe, com a equipa de enfermagem e ainda, reuniões tutoriais que possibilitaram o debate e o desenvolvimento do projeto. Todas estas atividades tinham como finalidade dar resposta aos objetivos definidos, conhecer a equipa multidisciplinar da UCC X e integrar a equipa multidisciplinar da UCC X.

No decorrer do estágio foi-nos possível observar que não é fácil trabalhar com a pessoa idosa/família, porque nem sempre o idoso/família encara estes cuidados como ganhos em saúde. Muitas vezes, apenas referem que é preciso a realização do penso para não terem que se deslocar ao Centro de Saúde, não demonstrando qualquer interesse nos esclarecimentos sobre hábitos de vida saudável e sobre a toma da medicação. As visitas domiciliárias permitem uma aproximação aos fatores determinantes do processo de saúde-doença no seio familiar, a identificação do ambiente familiar e dos elementos que a compõem, como estes interagem e colaboram, também no processo de cuidado e recuperação.

Numa visita domiciliária a um idoso que teve alta hospitalar, vinha referenciada a necessidade de vigilância da toma de medicação e ensino ao cuidador. Quando chegámos ao seu domicílio detetámos que o idoso não estava a fazer corretamente a medicação prescrita. O idoso não sabia o nome da medicação, não sabia a que horas era a toma, estando as caixas da medicação ainda fechadas (o doente tinha tido alta no dia anterior). Foi novamente realizado o “ensino”, tanto ao idoso como à sua esposa e na semana seguinte verificámos que o doente, ainda, não tinha tomado alguns medicamentos. Tentámos perceber o que estava a acontecer, verificámos que não tínhamos identificado alguns problemas muito pertinentes. O senhor X apresentava diminuição da acuidade visual e não conseguia tomar a medicação, por sua vez, a esposa não sabia ler e por isso tinha dificuldade em auxiliar o marido com a medicação. Estes problemas não tinham sido detetados na primeira visita, a esposa referiu ter vergonha de não saber ler e a diminuição da acuidade visual do idoso não era valorizada pela esposa. O idoso em casa estava totalmente adaptado e só ia a rua para consultas. Tentou-se, conseqüentemente, envolver outros elementos da família, tendo ficado a nora responsável pela separação da medicação uma vez por semana. Nas visitas seguintes o idoso já tinha seguido a medicação prescrita. Desta forma, foi-se construindo uma relação de confiança que nos permitiram conhecer as necessidades reais desta família. Este processo não foi linear, pois desenvolver uma relação de confiança com o idoso/família requer tempo e não raras vezes tem de se ter em conta o contexto sociocultural onde se inserem.

A multiculturalidade é um aspeto a ter em atenção, visto que no decorrer do estágio, observámos pessoas de diferentes etnias, culturas, religiões e nacionalidades em busca de respostas para os seus problemas de saúde. Essa diversidade cultural resultou numa oportunidade para conhecer e compreender formas diferentes de “ver e estar” na vida. Estes idosos possuem hábitos, costumes, mitos, crenças, linguagem própria, comportamentos, entre outros, que estão relacionados com as suas experiências de vida e que por isso, devem ser considerados e respeitados. O enfermeiro deve procurar descodificar expressões e comportamentos naturais, provenientes da linguagem cultural do indivíduo, para que possa prestar um cuidado personalizado. A Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 9) refere que é fundamental “(...) descobrir o significado do cuidado cultural e as práticas de cuidados específicos de cada cultura (...)” com o propósito de “(...) proporcionar um cuidado de enfermagem

culturalmente sensível, congruente com os fatores que influenciam a saúde/bem-estar”.

Após uma reflexão sobre a funcionalidade da Rede Nacional Cuidados Continuados (RNCC) e de conhecer integralmente a equipa da ECCI, a minha visão sobre a prestação de cuidados à pessoa idosa/família no domicílio alterou-se substancialmente. Cada visita domiciliária possibilita ao enfermeiro conhecer o ambiente onde vive, desenvolvendo desta forma uma relação de confiança com a pessoa idosa e família, permitindo assim estabelecer objetivos reais e adequados à situação vivenciada no momento. Todo este processo não acontece no primeiro contacto, requer tempo e disponibilidade de todos os intervenientes, para que se estabeleça uma relação de confiança e se possam definir as intervenções a desenvolver no plano de cuidados. Segundo *Wright e Leahey (2013)* o sucesso das intervenções de enfermagem só é concretizado quando se estabelece uma relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa idosa/família.

Durante este estágio pude constatar que é no domicílio que a pessoa idosa e família têm maior participação na decisão sobre os seus cuidados. Numa das primeiras visitas que realizei, fomos fazer um penso à Sr^a SS que tinha estado internada e saiu do hospital referenciada para tratamento a uma Úlcera por Pressão (UP). Deparámo-nos com a senhora acamada, ligada ao ventilador, tinha como seu cuidador o marido, desde a alimentação, à higiene e mesmo à aspiração de secreções. A relação desta família com a equipa foi construída muito lentamente. Nas primeiras visitas havia um sentimento de desconfiança, o marido durante o tratamento estava sempre junto da esposa, a observar todos os cuidados prestados, receio esse que não foi fácil de ultrapassar. Só foi conseguido passado algum tempo, baseado numa relação terapêutica de confiança e com respeito pelas crenças e valores da família. Recusaram sempre qualquer tipo de apoio como por exemplo, a cama articulada, o colchão anti-escaras ou mesmo o encaminhamento da Sr^a SS para uma instituição. Durante o internamento foi feita a capacitação do marido para os cuidados inerentes à situação, nomeadamente, posicionamentos, alimentação, aspiração de secreções, limpeza e manuseamento do ventilador, facto que mais uma vez vem reforçar a importância de um trabalho conjunto com a pessoa idosa e família, em termos de objetivos reais e exequíveis.

Como referem Martins et al. (2012), a relação de parceria deve ser negociada e clarificada entre as partes envolvidas, só assim poderá ser uma parceria eficaz e

positiva. Apesar do marido estar capacitado, durante as nossas visitas os ensinamentos foram reforçadas e as dúvidas esclarecidas. Este trabalho de equipa permitiu uma continuidade de cuidados do hospital para o domicílio, conseguindo-se, pois, identificar as reais necessidades da pessoa idosa/família e construir um plano de cuidados que fosse de encontro às necessidades verificadas e com objetivos comuns, pelo que julgámos necessário o estudo sobre o processo de envelhecimento e a avaliação multidimensional da pessoa idosa

Atividade 4. Realização de entrevistas aos idosos e família para melhor identificar as suas necessidades e avaliação multidimensional

Para uma melhor aprendizagem foi fundamental a realização de um **estudo de caso I** (Apêndice VII), onde nos fosse permitido fazer uma avaliação global da pessoa idosa e família, identificando os seus problemas, necessidades e recursos da comunidade para fazer face às dificuldades existentes e estabelecer um plano de cuidados com objetivos comuns. Permitiu aprofundar e desenvolver a capacidade de observação, análise e avaliação multidimensional à pessoa idosa no domicílio.

A metodologia de estudos de caso, segundo *Walker* (1983), é um exame de um exemplo em ação, consistindo, de acordo com *Ruiz* (2000), numa análise pormenorizada da situação a que se submete o estudo, uma descrição intensiva das perspetivas e das ações em áreas de uma compreensão mais profunda do fenómeno estudado. Assume-se, portanto, como uma investigação particular, onde se pretende descobrir o essencial e característico da situação em estudo (Gonçalves et al., 2004).

O estudo de caso fundamenta-se na descrição e análise de uma situação que está a ocorrer, pelo que se caracteriza por ser imediato (*Ruiz*, 2000). Baseado num trabalho de campo, o estudo de caso é uma investigação empírica (Santos, 2000), estuda uma determinada identidade no seu contexto real (*Yin*, 1989), no entanto, nunca se pode saber tudo acerca de um caso (*Stake*, 1994). É o investigador que deve decidir até onde ir, qual o nível de profundidade de conhecimento que pretende chegar, para que consiga alcançar os objetivos definidos (Santos, 2000).

Os estudos de caso têm características particulares. Segundo *Walker* (1983):

- Os estudos de caso não são hipotéticos, baseiam-se em algo que está a acontecer na realidade, pelo que são inegáveis, podendo, por isso, supor o abandono

da racionalidade pessoal do investigador para enfrentar outras opiniões, assumindo a particularidade e a idiossincrasia da situação que apresenta.

- O estudo de caso é holístico e sistemático. Preocupa-se em dar uma visão de totalidade e abordar o fenómeno de uma forma integral.

- O estudo detalhado de um determinado fenómeno proporciona uma concretização e uma particularidade inusuais, desde que a contextualização seja óbvia. Principalmente porque a participação de todos os implicados (investigador e investigados) adquire uma importância vital: interessa conhecer a visão de cada pessoa sobre o seu ambiente, a sua construção da realidade, as suas percepções.

- Nos estudos de caso assume especial importância o processo, nomeadamente as mudanças ocorridas ao longo do tempo.

No decorrer do estágio foi adotado o modelo de estudo de caso em dois momentos temporais distintos: um realizou-se durante o primeiro contexto de estágio e o outro no segundo contexto de estágio, tendo-se obtido um produto final de natureza descritiva e analítica.

A **avaliação multidimensional da pessoa idosa** (Apêndice VIII), proporciona-nos uma visão mais objetiva das necessidades de saúde da pessoa idosa e família. Enquanto processo de diagnóstico permite identificar corretamente, quantificar e gerir de forma adequada os problemas do idoso requerendo uma avaliação completa de vários domínios (*Ellis et al.*, 2011). A Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 2) entende que “o saber especializado em enfermagem deverá ser decorrente do aprofundar do conhecimento da pessoa já que, por definição, os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue”.

Atividade 5. Recolha de informação sobre articulação entre unidades de saúde e o hospital na comunidade

Na primeira visita domiciliária realizada à pessoa idosa e família, estava bastante curiosa porque tínhamos a informação da referenciação para os cuidados e tínhamos a nota de alta. Contudo, quando chegámos ao domicílio deparámo-nos com uma realidade diferente, pois não houve uma avaliação real da situação no momento da alta hospitalar. O Sr. YY e a sua cuidadora não necessitavam de todos os cuidados para os quais estavam referenciados, existindo uma discrepância entre o que tinha

sido definido e a situação real. Se houvesse uma articulação estreita entre o hospital e a comunidade, os ganhos para a pessoa idosa e família eram maiores, permitindo dessa forma uma efetiva continuidade de cuidados do hospital para casa.

Na partilha de experiências com a equipa de enfermagem verificou-se que esta situação acontece com alguma frequência, existindo muitas vezes entre a informação recebida e a real situação de necessidade de cuidados. Este “problema” pode interferir não só com a gestão dos cuidados de enfermagem diários como, também, na mobilização de recursos, muitas vezes desnecessários.

Com todas as aprendizagens que foi possível adquirir ao longo do estágio e em face das atividades concretizadas, do trabalho desenvolvido, considerámos, ter atingido os objetivos inicialmente propostos para o projeto de estágio. Nomeadamente as competências clínicas de enfermeira especialista do cuidado à pessoa idosa/família no regresso a casa após alta hospitalar, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, gestão de cuidados, melhoria contínua da qualidade e nas aprendizagens profissionais.

4.2 Atividades e aprendizagens realizadas no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa no serviço de Cirurgia Cardiotorácica Y

O estágio em contexto de cuidados diferenciados decorreu no período de 30 de outubro de 2017 a 9 de fevereiro de 2018, num serviço de cuidados especializados na área da cirurgia cardiotorácica, dividido em cuidados intermédios e enfermaria.

O facto de ter realizado o primeiro estágio nos cuidados de saúde primários, permitiu compreender melhor a importância da preparação da alta hospitalar, assim como também a realidade e a relevância dos cuidados de enfermagem prestados na comunidade. Os cuidados primários constituem os cuidados de primeiro contacto, na medida em que estão acessíveis quando necessário, global e longitudinalmente, no processo saúde/doença ao longo de todo o ciclo vital e, não apenas, nos episódios de doença. Apenas um conhecimento multidimensional da pessoa idosa possibilita uma visão holística e uma avaliação das necessidades de cuidados para a sua recuperação, através de informação fidedigna para a consecução de intervenção de Enfermagem (Shyu et al., 2010).

Segundo o que define Benner (2001) uma visão de excelência na prática de enfermagem necessita que:

“...o bom julgamento clínico requer que as enfermeiras tenham uma visão centrada nos fins inerentes ao seu relacionamento com cada paciente. Isto requer o encontro com o doente enquanto pessoa, em primeiro lugar, e, em segundo lugar, enquanto uma pessoa específica com as suas potencialidades e vulnerabilidades.” (p. 19).

A realização do estágio em cuidados primários e a experiência profissional num serviço de cirurgia cardiotorácica, que presta cuidados a pessoas idosas submetidas a cirurgia cardíaca, e família, permitiu a aquisição de conhecimentos e a reflexão dos cuidados que aí são prestados e, nesse sentido, a identificação da necessidade de uma mudança nas práticas da preparação para o regresso a casa. Apesar da existência de um *guia orientador* sobre os cuidados para a preparação para a alta, este não está adequado às necessidades individuais da pessoa idosa/família.

Neste capítulo expomos as atividades e as aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre na prestação de cuidados à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e/ou família, onde se inclui a contribuição para a promoção de competências na equipa de enfermagem para a prestação de cuidados à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e sua família, na preparação do regresso a casa (Apêndice IX).

As intervenções de enfermagem realizadas tiveram como base a relação de ajuda e de confiança com a pessoa idosa e família, tendo sido respeitada a sua autonomia e a sua dignidade. Os cuidados de enfermagem quando prestados no contexto de uma relação de ajuda e confiança, contribuem para a qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde que se prestam à pessoa e à família (Collière, 2003).

A nossa intervenção baseou-se no cuidado centrado na pessoa de McCormak (2003) e na teoria das Transições de Afad Meleis (2000).

Segundo Meleis et al. (2000) o cuidado fundamental dos enfermeiros no processo de transição da vida das pessoas, consiste na modificação de comportamentos, na reorganização da sua identidade, fazendo face às novas situações e auxiliando a incorporar novos conhecimentos. Estes processos de transição tornam, frequentemente, a pessoa que os vivência mais vulnerável e exposta aos riscos que podem afetar a sua saúde. O envelhecimento e os processos

de doença são, nesta situação, consideradas transições conducentes a diversas mudanças na vida, quer da pessoa idosa quer do cuidador.

Segundo *Chick e Meleis* (1986) o conceito de transição é definido como a passagem de um estágio, condição ou estado de vida para uma nova condição. As transições entram no domínio da enfermagem quando se relacionam com a saúde ou doença, ou quando as respostas a estas mudanças se manifestam em comportamentos relacionados com a saúde.

Para *Meleis e Trangenstein* (2010) os enfermeiros são agentes facilitadores da adaptação da pessoa idosa e família ao processo de transição intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem no dia-a-dia. Neste sentido, compete ao enfermeiro preparar e informar a pessoa idosa e família, na aquisição de novas competências relacionadas com o processo de transição.

Também *Hesbeen* (2004) refere que este processo deverá ter como foco a adesão e a participação de quem é cuidado, pela criação de laços de confiança, ou seja “caminhar com o outro”.

O enfermeiro deve assumir um papel de “facilitador de transições”, de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011), o enfermeiro especialista tem “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Vários autores (Pereira, 2009; Silva, 2007) referem a importância de evoluir de um modelo centrado apenas na gestão da doença e no controlo dos seus sinais e sintomas, para modelos que singularizem as respostas humanas às transições, em que o objeto de estudo sejam os processos de transição que as pessoas experienciam ao longo do seu ciclo de vida e que se relacionam com os processos de saúde.

No decorrer do estágio, pretendíamos também o desenvolvimento de competências na implementação de um projeto de mudança das práticas, que pudesse promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na preparação para o regresso a casa. Pretendíamos desenvolver uma intervenção dirigida a toda a equipa de enfermagem, no sentido da resolução de um problema detetado na prática clínica, no nosso contexto de trabalho, e que fosse possível uma

articulação entre a teoria e a prática, no percurso académico que estávamos a empreender (Ruivo et al., 2010).

Atividade 1. Apresentação do projeto

A apresentação do projeto foi feita inicialmente à Enfermeira Chefe e à Enfermeira Orientadora sendo depois alargada a toda a equipa de enfermagem. Estes momentos de partilha permitiram dar a conhecer os objetivos e as atividades a desenvolver durante o estágio e ouvir sugestões que contribuíssem para o melhorar em conformidade com o planeamento.

Atividade 2. Prestação de cuidados à pessoa idosa e família

Na prestação de cuidados diretos à pessoa idosa e família, foi possível acompanhar o doente e família desde o momento de admissão no serviço onde foi feito o acolhimento, sendo que este consiste em mostrar ao doente o serviço, explicar as rotinas, como horários da alimentação e das visitas, informar sobre os bens pessoais que com ele devem ficar e realizada colheita de informações necessárias à adequação dos cuidados individualizados. Na Avaliação Inicial regista-se: nome preferido; idade; naturalidade/residência; profissão; com quem coabita; condições habitacionais; pessoa significativa/grau de parentesco; contacto; diagnóstico; conhecimentos sobre cirurgia; cirurgia prevista; estado consciência/orientação; alterações: pele/coloração/hidratação/feridas/edemas: dependência: autocuidado: sanitário, autocuidado higiene, autocuidado alimentar-se, autocuidado vestuário, autocuidado atividade física; padrão de sono; número de horas de sono; dieta habitual: número de refeições por dia; padrão de eliminação vesical/intestinal/última dejeção; uso de próteses e/ou ortóteses (oculares, auditivas, dentárias); história de queda últimos 3 meses, peso; altura; respiração; sinais vitais (tensão arterial, temperatura, frequência cardíaca, saturações de oxigénio, dor e glicemia capilar); alergias; antecedentes pessoais; conhecimentos sobre terapêutica e terapêutica habitual no domicílio. Este documento é padronizado para todos os doentes do serviço, sendo que a informação que ele contém varia de acordo com as necessidades de cada um. Na admissão, também, são explicados os procedimentos a realizar e os momentos em que vão ocorrer, esclarecidas dúvidas e solicitado apoio do Serviço Social se

necessário. Feitos todos os “ensinos” pré-operatórios tendo em conta a sua individualidade e dúvidas. A avaliação inicial reúne todas as informações para melhor conhecimento da pessoa idosa/família em suporte digital e o processo de enfermagem que inclui o plano de cuidados.

Foram, também, entregues e explicados os panfletos Informativos: o Guia de acolhimento do idoso; Guia de acolhimento CCT; Panfleto da Unidade Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardíaca, Processo assistencial e a Informação ao acompanhante. Os “ensinos” pré-operatórios estão padronizados para uma uniformização de procedimentos, mas é da responsabilidade de cada enfermeiro elaborar o plano de cuidados Individualizado. Pudemos verificar, que neste momento, o doente não está muito disponível para o aglomerado de informação, preocupando-se com a cirurgia a que vai ser submetido, quanto tempo vai demorar, a que horas vai para o bloco e a duração do internamento. Num destes momentos, um doente disse - nos “não quero saber nada sobre o que vai acontecer, apenas me digam o que tenho de fazer.”, e respeitamos, apenas lhe era indicado o que fazer e quando o fazer. Acreditamos que no momento de admissão é dada tanta informação que não há tempo para ouvir, escutar o doente e a família e não percebemos qual a informação que na realidade necessita.

Até ao 4º dia foi exequível a prestação de cuidados a várias pessoas, o esclarecimento de dúvidas e realização dos “ensinos” pós-operatórios (ensinos sobre as feridas, sobre a prevenção de infeção, sobre gestão do regime terapêutico) possibilitando uma efetiva continuidade de cuidados. O plano de cuidados foi atualizado diariamente, de acordo com a evolução do doente, ficando registada a evolução clínica, informações e o esclarecimento de dúvidas. Desde o primeiro dia o objetivo é a preparação para a alta e ao 4º dia está instituído no serviço a entrega do Guia de Orientação para a Alta, onde está reunida a informação generalizada para a continuidade de cuidados. O acompanhamento deste percurso cirúrgico, possibilitou um maior conhecimento da pessoa idosa e família e, também, um planeamento dos cuidados centrados na pessoa. Promoveu-se o envolvimento das famílias e procurámos incentivar a verbalização de dúvidas, medos e preocupações.

No dia da alta foi elaborada a respetiva nota de alta e reforçadas as informações para o pós-operatórios à pessoa idosa/família, no entanto nem sempre foi possível validar a informação dada, pois não era efetuado o acompanhamento até ao momento da saída do hospital. Durante a prestação de cuidados procurou-se demonstrar

disponibilidade, e respeitar os tempos da pessoa idosa e família. A elaboração de uma **reflexão** (apêndice X) sobre a prestação de cuidados possibilitou uma sistematização dos cuidados prestados e a avaliação de como estes foram executados.

Atividade 3. Elaboração de um estudo de caso

Durante o estágio podemos elaborar um **estudo de caso II** (Apêndice XI), sendo um marco para a nossa aprendizagem e desenvolvimento de competências na área da pessoa idosa. Permitiu-nos conhecer a pessoa idosa/ família, estabelecer uma relação de confiança, ajudar em todo o processo de transição saúde-doença respeitando a sua singularidade e indo de encontro às suas reais necessidades. A realização do estudo de caso possibilitou aprofundar o conhecimento da pessoa idosa e família, e definir as estratégias para que o doente pudesse regressar a casa o mais cedo e o mais autónomo possível.

Este estudo de caso revelou o quão importante é o conhecimento para o desenvolvimento do cuidado individual e dirigido.

A compreensão da importância de cuidados que visam maximizar as potencialidades do idoso, minimizar as dependências, aumentar a qualidade de vida da pessoa idosa e família, estimular a necessidade de construção de um instrumento de recolha de dados que facilitasse a partilha de informação da pessoa idosa e família de uma forma simples e direcionada.

A pessoa idosa/família deve ser capacitado da confiança, habilidades e conhecimento para que se torne parceiro no cuidado (*Bond, Blenkinsopp & Raynor, 2012*).

Atividade 4. Realização de entrevistas as pessoas idosas submetidas a cirurgia cardíaca e sua família

Ter conhecimento do que a pessoa idosa/família espera deste internamento, dos conhecimentos que tem sobre a cirurgia, dos cuidados que lhe vão ser prestados, quais as expectativas deste internamento e o que esperam da equipa de enfermagem. Ainda permitiu ponderar sobre os cuidados de enfermagem que são prestados e o que é esperado pela pessoa idosa dos cuidados. Esta atividade surgiu da necessidade de compreendermos, se a prática de cuidados na preparação do regresso a casa da

pessoa idosa após cirurgia cardíaca, vai ao encontro das suas necessidades e preocupações. Sendo um método privilegiado de recolha de dados, a entrevista semi-dirigida (semi-estruturada), possibilitando ao entrevistado um momento para exprimir os seus sentimentos e opiniões. Segundo *Fortin* (2009), a entrevista semi-dirigida (semi-estruturada) permite ao entrevistado exprimir os seus sentimentos e opiniões, assemelhando-se a uma conversa informal, tendo sido colocadas à pessoa idosas questões abertas sobre os temas acima referidos.

A recolha de dados, através de uma *entrevista*, de acordo com um **guião de entrevista à pessoa idosa** (Apêndice XII), foi feita em três momentos distintos: num primeiro momento (admissão no serviço), num segundo momento (4º dia pós-operatórios) e num terceiro momento (dia da alta hospitalar). Estes momentos foram escolhidos tendo por base as rotinas do próprio serviço e a pertinência que cada um deles assume ao longo do internamento.

No primeiro momento procurávamos saber quais os conhecimentos que a pessoa idosa tinha sobre a sua saúde, quais as suas preocupações e o que esperava dos enfermeiros durante o internamento. No segundo momento indagávamos sobre os conhecimentos que tinham sido fornecidos e se iam ao encontro do que o idoso esperava. No último momento procurámos saber se tinha sido facultada informação sobre a continuidade de cuidados após a alta e o que os enfermeiros poderiam ter feito melhor para a continuidade destes cuidados.

Foram realizadas 17 entrevistas, no período de 29 de outubro a 15 de dezembro.

É importante ter conhecimento da pessoa idosa e família, conhecer as suas competências e potencialidades, dando-lhes ferramentas para a continuação dos cuidados no regresso a casa.

Os dados obtidos com as entrevistas foram analisados através da análise de conteúdo (*Bardin*, 2009). Após a leitura de todas as respostas foram identificadas as categorias de acordo com unidades temáticas, tendo sido depois agrupadas e quantificadas as unidades de registo.

Atividade 5. Análise da narrativa dos doentes e família

Considerámos primordial realizar a análise da narrativa dos doentes e família, como forma de perceber, se a prática de cuidados de enfermagem vai de encontro às expetativas dos mesmos.

A **análise das entrevistas** nesta fase de diagnóstico (Apêndice XIII) permitiu-nos identificar as necessidades da pessoa idosa e família, tendo em conta os conhecimentos que tinham sobre a cirurgia e sobre o internamento.

Ter conhecimento do que a pessoa idosa e família espera da equipa de enfermagem durante o internamento, possibilita uma mudança das práticas profissionais, através de um melhor conhecimento das suas peculiaridades e expetativas.

Pela análise feita conseguimos apurar que a pessoa idosa/família no 1º momento têm poucos conhecimentos sobre a cirurgia que vai realizar “...pouco sei sobre a doença mas foi-me tudo explicado, tenho muita idade e já não fixo nada...” e que não conseguem explicar quais as expectativas sobre os cuidados de enfermagem “...que me apoiem nesta fase difícil”, “...que nos prestem bons cuidados de enfermagem...”. No 2º momento podemos constatar que a pessoa idosa e família submetida a cirurgia cardíaca no pós-operatório descreve alguns conhecimentos sobre esta nova condição de saúde e da importância da equipa de enfermagem “... o enfermeiro explicou-me os cuidados que deveria ter com as feridas...”, “o enfermeiro deu-me um panfleto com a informação necessária...” e da importância da família em todo este processo “... também explicaram tudo à minha filha pois é ela que me vai ajudar...”. No último momento verificamos que a pessoa idosa/família tinha os conhecimentos necessários para a continuidade de cuidados após a alta “.. venho à consulta na próxima semana e continuo a ser seguida pelo cardiologista..”, “... foi-me dito que se precisasse ligar sempre para o serviço, têm médico 24h dia” e que no momento da alta ficou bem explícito a importância do enfermeiro “...os enfermeiros ao longo do internamento explicaram a medicação toda..”, “...anteciparam muitas vezes as minhas necessidades físicas e emocionais..”.

Esta atividade permitiu um conhecimento integral das intervenções de enfermagem e uma reflexão da eficácia das mesmas. Ainda promover o desenvolvimento de competências de especialista tais como: responsabilidade profissional, ética e legal, através da garantia ao anonimato e confidencialidade dos

dados, bem como, do pedido de autorização (consentimento informado e esclarecido) às pessoas idosas e suas famílias; melhoria contínua da qualidade dos cuidados através da investigação; elaboração de um guião de entrevista, da sua análise e interpretação. Também o desenvolvimento das aprendizagens profissionais através da competência de comunicação e orientação das entrevistas, da identificação das necessidades de cuidados e do conhecimento das pessoas idosas submetidas a cirurgia cardíaca, e sua família, na preparação do regresso a casa. Salientamos a utilização de instrumentos de investigação, como a realização e análise das entrevistas, inerentes ao grau de Mestre.

Atividade 6. Apresentação do projeto à equipa

Refletir sobre a realidade constituirá um primeiro passo para a poder modificar. A este propósito *Boterf* (2006) menciona que o distanciamento ou a reflexividade é uma das dimensões que traduz a competência ou o profissionalismo. O distanciamento é condição necessária para poder melhorar as práticas profissionais, o que, no contexto específico deste estudo, significa melhorar os cuidados de enfermagem.

A apresentação do projeto à equipa decorreu no período de 30 de outubro a 11 de novembro, durante quatro sessões, abrangendo cerca de 86,6% da equipa de enfermagem, dum total de 30 enfermeiros participaram 26.

Esta atividade pretendeu destacar o início do projeto de intervenção no serviço de cirurgia cardiotorácica onde o estágio se desenvolveu. Realizou-se durante o turno, numa relação de proximidade, de forma a envolver a equipa de enfermagem, despertar para a problemática em estudo e explicar as diferentes fases de intervenção do projeto, demonstrando a importância da colaboração e envolvimento de toda a equipa. Promoveu alguns momentos de debate entre os enfermeiros, onde foram colocadas questões/ sugestões para o desenvolvimento deste projeto (Apêndice XIV).

Atividade 7. Caracterização da equipa de enfermagem

No sentido de caracterizar pessoal e profissionalmente a equipa de enfermagem, foi elaborado um **questionário** (Apêndice XV).

Do total de 30 enfermeiros que responderam ao **questionário** (Apêndice XVI), 80% eram do sexo feminino e 20% do sexo masculino. Também 40% dos enfermeiros eram casados, 50 % solteiros e 10% em união de facto ou divorciados. A média de idades era de 35,3 anos (a mais baixa 23 anos e a mais alta 57 anos) e a média de tempo de atividade profissional era de 13,63 anos, sendo que a média de tempo de atividade profissional no serviço era de 11,11 anos, e que 31 anos é o tempo do enfermeiro que trabalha há mais tempo no respetivo serviço.

Quanto às habilitações académicas, 87% dos enfermeiros eram licenciados e 13% tinha o grau bacharelato. No universo dos enfermeiros licenciados, encontrámos especialidades como Enfermagem e Reabilitação; Enfermagem em Saúde Comunitária; Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e mestrados em Saúde Comunitária; Pessoa em Situação Crítica, Gestão em Enfermagem e Gestão dos Serviços de Saúde.

Existiam enfermeiros a frequentar a Especialidade de Reabilitação, Especialidade Médico-cirúrgica, Mestrado em Gestão de Enfermagem e Pós-Graduação em Doente Crítico. Para além destas, verificaram-se outras formações como: Pós-Graduação em Intervenção em Feridas Crónicas; em Emergências; em Enfermagem Pré-Hospitalar; em Geriatria e Gerontologia; em Enfermagem no Trabalho e em Gestão em Enfermagem.

Relativamente ao tipo de horário praticado, 80% dos enfermeiros faziam horário *roulement* e 20% tinham horário fixo.

Conhecer a caracterização dos enfermeiros intervenientes no projeto permitiu aferir a experiência profissional de cada um e as áreas em que se foram especializando, para além da demonstração de disponibilidade para colaborar neste projeto.

Atividade 8. Narrativa dos enfermeiros para análise do conhecimento sobre a preparação para a alta

Com o propósito de conhecer o que pensava a equipa de enfermagem sobre a preparação para a alta associada à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca, no período de 6 a 18 de novembro, foi elaborado um **segundo questionário**, com duas questões abertas (Apêndice XVII).

Pareceu-nos pertinente perguntar aos enfermeiros sobre o que entendiam como preparação para a alta e que aspetos consideravam fundamentais abordar na preparação para a alta. Ao solicitar esta descrição narrativa da sua prática de cuidados de enfermagem, procurámos não só a descrição do “processo”, mas também, uma reflexão sobre a sua prática de cuidados.

Na **narrativa dos enfermeiros** (Apêndice XVIII) fica explícito que a preparação para a alta se inicia no momento de admissão, que os cuidados devem ir de encontro às necessidades da pessoa idosa e família, que devem ser esclarecidas dúvidas no sentido de este adquirir as habilidades/capacidades necessárias para alcançar a sua autonomia o mais rapidamente possível, de forma a continuar o processo de recuperação em casa.

Em relação aos aspetos que consideram mais relevantes na preparação para a alta, mencionam a gestão do regime terapêutico, sinais e sintomas de alerta de infeção das feridas cirúrgicas, a importância de se conhecer condições de apoio familiar e o encaminhamento para cuidados de saúde na comunidade. O facto comum a todos os enfermeiros é a importância da integração da família nos cuidados a pessoa idosa.

Atividade 9. Observação dos enfermeiros na sua prática de cuidados à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e sua família, na preparação do regresso a casa;

A *observação participante* da prática de cuidados de enfermagem, foi outra técnica de recolha de dados implementada durante o estudo de investigação inerente ao estágio. Decorreu entre 13 e 17 de novembro e foi possível observar a prática de 18 enfermeiros na prestação de cuidados, desde a admissão do doente até ao momento da alta hospitalar. Salienta-se que os elementos da equipa de enfermagem tinham conhecimento que esta observação iria decorrer.

Anteriormente à aplicação da técnica, foi elaborada uma **grelha de observação** (Apêndice XIX), onde foram registadas as intervenções de enfermagem nos três momentos definidos, isto é, na admissão, no 4º dia pós-operatório e no dia da alta. Os **resultados globais** são apresentados no Apêndice XIX.

Na admissão foi possível perceber que nem sempre o enfermeiro tinha disponibilidade para o acolhimento e integração da pessoa idosa e família, embora os dados recolhidos estivessem descritos na *avaliação inicial* (documento informático preconizado no serviço que para manter o anonimato do serviço em causa não foi aqui explanado). Neste documento encontra-se informação sobre dados gerais (nome, idade, profissão e proveniência, pessoa de referência, motivo de internamento, diagnóstico médico, médico responsável, alergias, estado de consciência e memória, padrão alimentar, eliminação vesical e intestinal, peso, altura e medicação atual); antecedentes pessoais, sinais vitais; conhecimentos sobre medicação e cirurgia, assim como, graus de dependência no pré-operatório.

No segundo momento, no 4º dia pós-operatório, os enfermeiros entregavam o *Guia de Orientação para a Alta*, mas nem sempre na presença da família, onde explicam o conteúdo do guia e esclarecem dúvidas. Quando a pessoa idosa não sabia ler, esperavam pela pessoa de referência para a entrega do Guia. Dos enfermeiros observados, apenas 2 entregaram o guia ao doente e família.

Por fim, no dia da alta hospitalar, foi possível observar que era entregue a *nota de alta*, estruturada e normalizada em formato eletrónico, onde era descrito o procedimento realizado e, caso houvesse necessidade de continuação de cuidados no domicílio, como por exemplo, a realização de um penso ou retirar o material de sutura, eram descritas as informações necessárias para a continuidade dos cuidados. Foi possível observar que a todos os doentes foi entregue a nota de alta através da consulta do processo do doente.

Atividade 10. Análise dos registos de enfermagem

Após a observação da prática, foi realizada uma *análise dos registos de enfermagem* que decorreu nos dias 13, 20 e 27 de novembro no processo do doente, através de uma **grelha de registo** elaborada para o efeito (apêndice XX). Achámos primordial efetuar a avaliação dos registos de enfermagem, como forma de compreender, se a prática de cuidados de enfermagem é explanada nos seus registos.

A **análise dos dados** (apêndice XX) recolhidos, tanto do processo do doente como das notas de enfermagem diárias, foi efetuado em suporte informático através do programa SClinico, com recurso ao Plano Nacional Único (PNU). A análise dos

processos de enfermagem teve em conta os registos em suporte informático do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), compostos pela avaliação inicial, atitudes terapêuticas, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e notas gerais.

Da análise dos registos dos doentes, foi-nos possível concluir que os registos existentes não refletem os cuidados prestados e não permitem o conhecimento da pessoa idosa na sua particularidade e de uma maneira multidimensional. Estes mesmos registos são padronizados, e não têm em conta os problemas decorrentes do processo de envelhecimento nem conhecimento dos hábitos e atividades de vida.

Dos 20 processos analisados, 20 não faziam referência à entrega do guia orientador para a alta, embora aquando da observação das práticas foi observado que eles eram entregues. Por outro lado, em nenhum guia estava descrita a rede de apoio à família ou o registo de terem sido feitos “ensinos” e esclarecimentos de dúvidas.

A este propósito referimos Abreu et al. (2011), quando salienta os registos de enfermagem, pelas informações que apresentam revestem-se de extrema importância, pois possibilitam a transmissão das observações, decisões, intervenções e resultados esperados das ações de enfermagem, assim como asseguram a continuidade de cuidados. De acordo com a OE (2005), as aplicações informáticas devem ser desenvolvidas de modo a permitirem não apenas a documentação da atual prática de enfermagem, que visa as diferentes finalidades dos registos dos processos de prestação de cuidados (legais, éticas, qualidade e continuidade de cuidados, gestão, formação, investigação, avaliação, visibilidade dos atos de enfermagem praticados), mas também, por forma a garantirem o desenvolvimento, a descrição e o acompanhamento dos cuidados de enfermagem, em todos os contextos da sua prática.

No seguimento da análise aos registos, foi igualmente detetado que estes se encontravam de uma maneira geral, incompletos, com carência de dados importantes que possibilitariam um verdadeiro conhecimento da pessoa e auxiliariam a equipa de enfermagem na preparação para a alta e para a continuidade de cuidados.

Também Martins et al. (2008) realçam que a importância dos registos de enfermagem é atualmente reconhecida e indispensável, que se devem valorizar e registar todas as intervenções que traduzam os cuidados, uma vez que estas são essenciais no dia-a-dia dos enfermeiros e promovem não só a melhoria dos cuidados prestados, como dão maior visibilidade dos cuidados de enfermagem.

Com a efetivação desta atividade foram desenvolvidas competências ao nível do domínio da melhoria contínua da qualidade, através da investigação, da construção da grelha de observação, da análise documental dos registos de enfermagem e no domínio das aprendizagens profissionais, através da identificação das necessidades da equipa de enfermagem.

Atividade 11. Orientações tutoriais

Ao longo deste percurso do estágio, foram concretizadas *reuniões de orientação tutorial*, quer ao nível académico (presencialmente nas instalações da ESEL), quer ao nível de campo de estágio, reforçando estas o desenvolvimento pessoal e profissional ao longo deste percurso. As reuniões foram orientadas pela professora orientadora e com a presença da enfermeira orientadora, traduziram-se em oportunidades de aprendizagem, pautadas por momentos de incentivo e disponibilidade.

As reflexões realizadas após estes momentos formativos, possibilitaram o desenvolvimento de hábitos de análise através da escrita, que potenciam o desenvolvimento profissional (Vieira & Moreira, 2011). Estes processos reflexivos promoveram a mobilização dos conhecimentos adquiridos, o autoconhecimento, a identificação de estratégias para superar as dúvidas e dificuldades, ou mesmo gerir sentimentos e emoções, permitindo a aquisição de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Atividade 12. Sessão de formação para a apresentação do projeto de estágio

Depois da fase de diagnóstico, onde foram identificadas as áreas a melhorar, não fazia sentido se a equipa de enfermagem não pudesse continuar envolvida, através de uma participação ativa. Segundo Ruivo et al. (2010), o “orientador” deve ser aquele que propicia o conhecimento e a reflexão, em que a participação de todos os envolvidos na criação e implementação de estratégias para a melhoria dos cuidados de enfermagem é determinante como o compromisso na concretização do projeto.

A **sessão de apresentação** (Apêndice XXI) foi, primeiramente, estruturada e debatida com a professora supervisora, a enfermeira orientadora e a enfermeira chefe.

Neste sentido, foi elaborada uma **apresentação dos resultados das intervenções realizadas** (Apêndice XXII), com o objetivo de se realizar reflexão conjunta.

As apresentações decorreram entre 15 e 19 de janeiro de 2018, sempre no início da passagem de turno, para que fosse possível abranger o máximo de enfermeiros num menor espaço de tempo. Na totalidade das sessões participaram 86,6% da equipa de enfermagem, sendo que a restante equipa se encontrava de férias.

A apresentação foi o culminar de um percurso sustentado na evidência científica, em colaboração estreita com a equipa de enfermagem, que deu valiosos contributos para uma melhoria dos cuidados na preparação da pessoa idosa e família para a alta e regresso a casa.

Da reflexão conjunta realizada durante a apresentação, surgiu a necessidade de reformular a estratégia, tendo por base as sugestões dadas pela equipa de enfermagem, nomeadamente:

- Tal como foi observado nos registos de enfermagem, a avaliação inicial foi elaborada em todos os processos. Assim, ficou acordado que no campo “observações” ficassem descritos os dados em falta, como, por exemplo, a rede de apoio familiar, se existe ou não, necessidade do encaminhamento para uma assistente social, no sentido de antecipar uma resposta social, caso necessário.

- A informação disponibilizada é registada no SClinico, especificamente de avaliação inicial, no momento da admissão, sendo realizada por um elemento da equipa de enfermagem e fica registada no processo para que esteja acessível a toda a equipa.

- A necessidade de registo da entrega do guia de orientação para a alta ao quarto dia, e se este foi fornecido ao idoso na presença da família. Este deverá ser entregue no turno da manhã e se, por algum motivo, não for, deve o mesmo ficar preenchido para ser entregue no turno da tarde. Este guia deve ser confiado num momento que permita o reforço das informações e esclarecimento de dúvidas à pessoa idosa e família.

- Ao longo do internamento são realizados “ensinos” sobre o pós-operatório, que possibilitam à pessoa idosa e família adquirir os conhecimentos para continuidade

dos cuidados. Pela análise dos documentos não havia registos dos “ensinos” realizados. É do conhecimento de toda a equipa de enfermagem, que os “ensinos” devem ser efetuados. Ficou acordado realizar-se em cada turno o registo no processo do doente dos “ensinos” e estes devem ser adequados às necessidades do idoso/família e individualizados.

- Todos os momentos de contacto com a pessoa idosa e família são aproveitados para informar ou esclarecer dúvidas. Por exemplo, no momento em que ajudamos a pessoa idosa a tomar banho no WC, informamos sobre como deverá fazer ou os cuidados a ter com as feridas; quando realizamos os pensos informamos sobre os sinais e sintomas de infeção das feridas e dos cuidados a ter em casa. A entrega do guia de orientação ao quarto dia permite validar os conhecimentos adquiridos pela pessoa idosa e esclarecer dúvidas, daí a importância de ser feito na presença da família.

- No dia da alta hospitalar, o enfermeiro deve validar a informação sobre a necessidade de utilização dos recursos da comunidade, da gestão terapêutica, dos cuidados com as feridas cirúrgicas e se lhe foi entregue o guia de orientação para a alta.

Atividade 13. Análise final dos registos de enfermagem

Segundo Ruivo et al. (2010), a avaliação de um projeto deve abranger as vertentes de análise e reflexão, comparando os objetivos definidos inicialmente e os objetivos atingidos. Com a realização deste estágio pretendia-se uma modificação nas práticas de enfermagem com base na identificação de um problema real.

Assim, neste sentido, após a sessão de apresentação dos resultados e implementadas as estratégias de melhoria nas práticas diárias, realizou-se uma nova **análise documental** aos processos dos doentes. Esta avaliação foi realizada entre 29 de janeiro e 7 de fevereiro de 2018, tendo sido analisados 20 processos de pessoas idosas submetidas a cirurgia cardíaca (Apêndice XXIII). No que concerne aos registos de enfermagem, os enfermeiros passaram a registar os dados em falta, como por exemplo, o encaminhamento ou não para apoios na comunidade, passando assim a colheita de dados a estar mais completa, com informações que permitem uma melhor prestação de cuidados à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca, e família, sempre numa perspetiva de preparação para a alta.

A maior mudança detetada foi ao nível do registo relacionado com o envolvimento da família nos cuidados, não só no momento dos cuidados como nos “ensinos feitos” e no esclarecimento de dúvidas. Apesar das alterações verificadas, temos consciência que uma mudança leva tempo, exige dedicação e entrega e o envolvimento de todos os enfermeiros neste processo de melhoria.

A transição do hospital para casa é um momento de incerteza e insegurança quer para a pessoa idosa quer para a família. Segundo Leal (2006) os enfermeiros são os profissionais, que estão melhor posicionados para assegurar os cuidados fora das organizações hospitalares, daí a importância que seja assegurada a continuidade de cuidados com a mesma qualidade que seria num internamento hospitalar. No sentido de conhecer as necessidades sentidas pela que a pessoa idosa submetido a submetida a cirurgia cardíaca e família uma semana após a alta foram feitos dois *follow-up* por telefone. Nestes telefonemas foi questionado como foram os primeiros dias em casa, as dúvidas sentidas e se houve necessidade de recorrer aos cuidados de saúde na comunidade. Em ambos os telefonemas foi possível falar com as pessoas idosa, estas referiram que apesar da insegurança no momento da alta quando chegaram ao domicílio “..as coisas foram mais tranquilas...”, que tinham a informação necessária para esclarecer as duvidas e se precisassem poderiam contactar o hospital. Nenhuma precisou de recorrer aos serviços de saúde na comunidade, pois teriam consulta na semana seguinte e estavam “.... bem, sem dores e a cumprir as indicações que me deram...”. Estas duas pessoas idosas foram escolhidas por conveniência, tendo sido pedido no dia da alta permissão para o contacto telefónico.

Para *Kassmann et al.* (2012) há evidência de que o contacto telefónico após uma cirurgia traz serenidade e segurança, constituindo um momento para responder às inquietações e dúvidas, possibilitando a monitorização da sua recuperação. Também se traduz na diminuição de gastos, quer na mobilização de recursos humanos, quer materiais e económicos.

Ao longo destas semanas foi importante ter sempre presente a **análise SWOT** feita na realização do projeto (Apêndice XXIV). A análise SWOT é uma ferramenta utilizada para fazer análise ambiental, sendo a base da gestão e do planeamento. Graças à sua simplicidade permite também uma avaliação clara e precisa do plano atual das estratégias implementadas. Esta permitiu identificar pontos fortes e fracos dos serviços onde o estágio se realizou, com o objetivo de nortear a realização das várias atividades e, naturalmente, atingir dos objetivos propostos.

A concretização destas atividades promoveu o desenvolvimento de competências, tendo como base a investigação ao nível da elaboração e análise do enunciado das narrativas, na análise descritiva e de conteúdo das mesmas. Para além disso, estas atividades permitiram também o desenvolvimento de outras competências, nomeadamente no que concerne às aprendizagens profissionais relacionadas com a dinamização do projeto e análise das práticas, na realização de entrevistas, na gestão e melhoria da qualidade dos cuidados e ao envolvermos a equipa de enfermagem. Ao conhecermos melhor a pessoa idosa submetida a cirurgia e família e contribuímos para cuidados de saúde individualizados e adequados à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca, e família, na preparação do regresso a casa.

5. REFLEXÃO SOBRE OS RESULTADOS OBTIDOS

Neste capítulo, tencionamos refletir sobre as competências desenvolvidas nos vários domínios como enfermeira especialista e mestre na área médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa, ao nível dos diferentes domínios, tendo como referência, o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista da ordem dos enfermeiros (2010).

Este trabalho possibilitou o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais. Desenvolvemos competências na área dos cuidados à pessoa idosa, que nos possibilitam cuidar da pessoa idosa e família em contexto da comunidade ou hospitalar, numa perspetiva da continuidade dos cuidados, evidenciando, também as limitações do projeto e as suas implicações para a prática de cuidados.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no que se refere aos conhecimentos ético-deontológicos como suporte dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família, no respeito pela pessoa idosa e sua família, equipa de enfermagem, promoção da privacidade, anonimato e confidencialidade dos dados, fomentando também estes valores na equipa.

Aos participantes deste projeto, nomeadamente pessoas idosas submetidas a cirurgia cardíaca, família e equipa de enfermagem, foi solicitado o consentimento informado e esclarecido, onde foi garantida a liberdade de escolha e participação, assim como o direito de desistir em qualquer momento. Foi feito também um pedido de autorização à Comissão de Ética do Hospital onde foi realizado o estágio, que deu um parecer positivo.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, desenvolvemos competências através da implementação de um projeto no serviço que contribuiu para melhoria da prestação de cuidados à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família, envolvendo a equipa de enfermagem, com o objetivo de possibilitar a continuidade de cuidados do hospital para a comunidade”. A reflexão sobre as intervenções de enfermagem, os registos e a prática dos cuidados, possibilitou, igualmente, um conhecimento da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca. Foi o primeiro passo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, segurança e ganhos em

saúde alcançados pela pessoa idosa e família. O conhecimento das particularidades da pessoa idosa e família permitiu também fomentar uma relação de confiança, na construção de um ambiente terapêutico seguro e na ajuda neste processo de transição.

No domínio da gestão dos cuidados, em particular na implementação de intervenções de enfermagem á pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família, assim como, na capacitação da pessoa idosa e família para a continuidade de cuidados, após a alta, bem como da equipa de enfermagem com novos conhecimentos que permitirão a melhoria dos cuidados.

No domínio da investigação e da formação foram desenvolvidas capacidades de pesquisa que procuraram uma prática baseada na evidência científica, atual, e na promoção de competências na equipa de enfermagem. Com a realização da revisão *scoping* pretendeu-se contextualizar a problemática identificada em contexto real, de forma sustentada e fidedigna. Este conhecimento permitiu autoconhecimento, partilha de saberes com a equipa de enfermagem, dinâmica de investigação-ação, desenvolvimento de uma reflexão e um pensamento crítico relativamente aos seus cuidados e contribuição para a melhoria da prática de cuidados.

A aquisição deste conhecimento permitiu ainda uma prática de cuidados de enfermagem centrada na singularidade da pessoa idosa, constituindo-se esta na identificação das necessidades, e na implementação de intervenções direcionada para às expetativas da pessoa idosa, e, na preparação do seu regresso a casa após cirurgia cardíaca. Esta teve como foco a autonomia da pessoa idosa e família e a continuidade dos cuidados na comunidade.

A promoção da capacidade de análise e reflexão, na utilização de ferramentas de pesquisa, na construção de documentos, na análise de documentos e a sua interpretação foram âncoras ao longo deste projeto.

Por último no domínio das aprendizagens profissionais, através da reflexão das práticas de enfermagem, da revisão da literatura, das orientações tutoriais e dos registos reflexivos, que permitiram identificar áreas em que era necessário um maior aprofundamento de conhecimentos. Esta fundamentação permitiu alicerçar a prática clínica em firmes padrões de conhecimento, possibilitando a mobilização dos conhecimentos, a identificação das necessidades e o desenvolvimento das capacidades de aprendizagem da pessoa idosa/família e dos enfermeiros.

Foram desenvolvidas competências pessoais, profissionais e relacionais com a equipa multidisciplinar e com a pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e com a sua família na preparação do regresso a casa para a continuidade de cuidados.

6. LIMITAÇÕES DO ESTÁGIO E DA REALIZAÇÃO DO RELATÓRIO

Ao longo do desenvolvimento deste estágio a principal limitação foi a sobrecarga de trabalho e a escassez de recursos que não facilitaram o desenvolvimento de uma abordagem centrada na pessoa idosa e família. No decorrer do estágio as dificuldades sentidas foram superadas com persistência e perseverança, procurando sempre que a equipa de enfermagem percebesse a importância do cuidado à pessoa idosa e o envolvimento da família.

Ser estudante no local de trabalho resultou em vantagens ao nível do desenvolvimento do projeto, no entanto foi difícil “separar os papéis”, sem que isso prejudicasse a minha prática de cuidados.

7. CONCLUSÕES E PROJETOS FUTUROS

Tendo em consideração os objetivos específicos propostos para este estágio e analisados os resultados obtidos decorrentes da aplicação das técnicas ou instrumentos de recolha de dados, cabe-nos concluir que:

- A realização de um estágio em contexto real de trabalho permite, não só, aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso como, principalmente, conhecer *in loco* o dia-a-dia da profissão de enfermeiro;

- Este estágio, para além de ter permitido a aplicação prática de conhecimentos técnicos de enfermagem permitiu, igualmente, a integração numa equipa multidisciplinar, multifacetada que, apesar de assumir responsabilidades diferentes e realizar trabalhos distintos, tem o mesmo objetivo comum “ melhorar a saúde do idoso”;

- Ao longo do estágio, tornou-se fundamental conhecer primeiramente o trabalho desenvolvido pela equipa de enfermeiros em contexto de cuidados na comunidade com vista a desenvolver um projeto de preparação do regresso a casa. Para além de todo o processo de cuidados desde a alta hospitalar até aos cuidados continuados prestados no próprio domicílio, foi importante entrar na casa do doente, conhecê-lo a ele e à sua família, perceber a importância da interação interpessoal, da responsabilidade, de adotar estratégias de educação para a saúde com contributos para melhoria do bem-estar, tanto do doente como da família. Tudo isto, com base numa relação de confiança.

Contudo, a realidade mostrou que o trabalho com idosos e família é, por vezes, difícil de executar, uma vez que estes nem sempre demonstram interesse nos esclarecimentos sobre hábitos de vida saudável e gestão terapêutica, focando-se somente num cuidado específico, como por exemplo, a realização de um penso. Neste caso, é necessário introduzir rotinas, envolver e motivar o idoso e a família cuidadora e criar, ao longo do tempo, uma relação de confiança que resulte numa aproximação entre as partes envolvidas de forma explícita.

Assim, uma comunicação eficaz entre enfermeiro/ pessoa idoso/família torna-se fundamental no momento da preparação do regresso a casa da pessoa idosa.

O facto da primeira parte do estágio ter incidido nos cuidados de enfermagem primários permitiu uma melhor compreensão da sua importância na preparação da

alta hospitalar. Para além de conhecer o contexto físico, social e cultural do idoso e da sua família, foi possível constatar a relevância dos cuidados primários de enfermagem na comunidade.

Por sua vez, a experiência de estagiar num serviço de cirurgia cardiotorácica, que presta cuidados a pessoas submetidas a cirurgia cardíaca e à sua família, possibilitou a aquisição de aprendizagens e identificação da necessidade de mudanças nas práticas de preparação do idoso e família, para o regresso a casa.

Para que os cuidados de saúde prestados no regresso a casa, após uma cirurgia cardíaca, sejam eficazes e rigorosos é necessário construir um plano de cuidados, ou um guia de orientação, que vá ao encontro das necessidades reais do idoso. Para tal, será fundamental realizar a avaliação multidimensional da pessoa idosa, enquanto processo de diagnóstico focado na determinação das necessidades específicas de saúde do idoso, de forma a identificar, quantificar e gerir os problemas do idoso.

No decorrer do estágio, foi detetada falta de articulação entre o hospital e os cuidados de saúde primários, através das discrepâncias dos registos de enfermagem e o plano de cuidados no domicílio. Os registos encontravam-se de uma maneira geral incompletos, com carência de fundamentais ao conhecimento da pessoa conducentes preparação para a alta, e para a continuidade de cuidados de saúde em casa.

A capacitação dos cuidadores é também fundamental na preparação do regresso a casa do idoso. Durante o estágio, foi possível contribuir para a habilitação dos familiares do idoso doente, assim como a técnicos de instituições particulares e públicas para a continuidade de cuidados em casa/domicílio. Contudo ao longo do estágio percebermos que muitas vezes, não são dadas as informações necessárias, durante o internamento e aquando da alta. Todavia, os questionários colocados e os debates informais realizados entre elementos da equipa de enfermagem, no âmbito deste projeto de investigação, levaram à mudança de práticas, tendo contribuído para a melhoria da qualidade do serviço prestado ao idoso e aos seus familiares no regresso a casa.

Por fim, a destacar a importância da realização de reuniões de equipa como uma prática necessária para a prestação de cuidados à pessoa idosa. No decorrer do estágio a realização de reuniões permitiu perceber a extrema importância do trabalho em equipa, tanto para a identificação e definição de problemas, como para o devido encaminhamento dos idosos como, também, para a definição de estratégias que vão

dar resposta aos problemas detetados. Estas reuniões serviram, inclusive, para detetar falhas nos processos e encontrar as melhores soluções para promover um melhor funcionamento dos serviços, em particular, no apoio ao idoso e da sua família no regresso a casa.

A prática de enfermagem está, ainda, muito centrada na doença, na prevenção e controlo de complicações pós-operatórias e nos cuidados baseados no modelo biomédico. De uma reflexão realizada com elementos do serviço, foi possível perceber que durante o processo de transição são aplicados procedimentos standardizados que não se focam no doente, mas sim na doença.

Tendo em consideração a população-alvo deste estágio, considera-se fundamental desenvolver uma visão holística do idoso, da sua família e do contexto onde vivem, para que seja garantido um regresso a casa direcionado e individualizado.

Após estas conclusões realçamos a importância de uma consulta de enfermagem para orientação do idosa e família antes e após a cirurgia. Estes seriam momentos privilegiados para a formação/informação. Segundo *Stern e Lockwood* (2005) um programa de ensino estruturado antes da admissão hospitalar é igualmente eficaz ou mais eficaz aquando facultado após a admissão do doente no hospital.

Em suma, a realização deste estágio permitiu a aquisição de competências de enfermeira especialista e mestre, em particular no desenvolvimento de capacidades para cuidar da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca, e da sua família, aquando do regresso a casa.

A prática da enfermagem em contexto real foi fundamental para o aumento dos conhecimentos e para o desenvolvimento de competências que permitam, futuramente, definir estratégias de cuidados ao idoso e da família, desde a hospitalização até à sua recuperação já em contexto domiciliário.

O reconhecimento da importância do envolvimento da família na preparação do regresso a casa da pessoa idosa/ família permite uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados o que se vai traduzir em ganhos e benefícios em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcock, M. & Chilvers, C.R. (2012). Emergency surgery in the elderly: a retrospective observational study. *Anaesthesia And Intensive Care*. *Anaesth Intensive Care*. 2012 Jan;40(1):90-4.
- Abreu, C.; Almeida, M.; Costa, M.; Santos, R. & Sousa, P. (2011) *As Implicações/Impacto dos Registos de Enfermagem em Linguagem CIPE*. Associação Portuguesa dos Enfermeiros do CHLC. Enformação, p. 20-25. Acedido 15/01/2018. Disponível na <http://hdl.handle.net/10400.17/938>.
- Abreu, S. (2012). *Visitação Domiciliária*. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/VISITA%C3%87%C3%83O%20DOMICILI%C3%81RIA%20Sandra%20Abreu.pdf>
- Almeida, et al. (2015). Pós-operatório de implante de bioprótese aórtica por cateter: intervenções de enfermagem. *Revista SOBEC*, 20 (3), Jul/Set, São Paulo, 134-162. DOI: 10.5327/Z1414-44252015000300003
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, L.M. (1999). Crenças dos Enfermeiros Acerca do Envelhecimento Humano. *Revista Referência*, nº 3, p. 7-14.
- Alves et al (2007). Parceria de cuidados: uma forma emergente de cuidar. IN: *Ecos de Enfermagem*, Porto Ano XXXVII, nº 263, Novembro/Dezembro, 15-17.
- Andrade, F. M. M. (2009) - *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Braga: Universidade do Minho. Dissertação de mestrado.

- Ahtonen, A. (2012). Healthy and active ageing: turning the 'silver' economy into gold. European Policy Centre.
- Antunes, M. (coord.) et al. (2016). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação: Cirurgia Cardiorácica. Portugal: República Portuguesa, Saúde.
- Arcêncio, et al. (2008). Cuidados pré e pós-operatórios em cirurgia cardiorácica: Uma abordagem fisioterapêutica. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 23 (3), 400-10.
- Balduíno, A. F. A.; Mantovani, M.F. & Lacerda, M.R. (2009) – O Processo de Cuidar de Enfermagem ao Portador de Doença Crónica Cardíaca. Escola Anna Nery. *Revista de Enfermagem*. Vol.13, nº2, (Abr./ Jun.). 342-351.
- Bardin, L. (1986). *L'analyse de contenu*. Paris: PUF.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bobay, k. I., Jerofke, T. A., Weiss, M. E., Yakusheva, O. (2010). Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. *Geriatric Nursing*. May-June 31 (3),178-187. Acedido a 19/07/2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20525522>
- Boterf, G. (2006). *Três dimensões a explorar: Avaliar a competência de um profissional*. Disponível em: <http://www.guyleboterfconseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>.
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-989-8269-09-6.
- Birren, J. & Cunningham, W. (1995). *Research on the psychology of aging: Principles, concepts and theory*. New York: Van Nostrand Reinhold.

- Bond, C., Blenkinsopp, A. & Raynor, D. (2012). Prescribing and partnership with patients. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 74(4), 581-588. DOI:10.1111/j.1365-2125.2012.04330.x
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O. & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental health*, 6(4), 355-371.
- Cabete, D. (2001). *O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico da pessoa idosa*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde), Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Cabete, D. (2005). *O Idoso a Doença e o Hospital: o Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência.
- Cardoso, A. F., Felizardo, H.M. e Januário, J. C. (2012). O enfermeiro como gestor do processo de preparação do regresso a casa. Em: *Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje - 100 anos*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Candeias Artes Gráficas, Braga, 75-88.
- Carmo, H. & Ferreira, M.M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cavalcanti, A.C.D. & Coelho M.J. (2007). A linguagem como ferramenta do cuidado do enfermeiro em cirurgia cardíaca. *Esc Anna Nery Rev Enferm* . 11 (2): 220-26.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. Disponível em: <http://repository.upenn.edu/nrs/9>
- Cohen, L. & Manion, L. (1980): *Research Methods in Education*. London, Croom Helm. Tradución al cast. (1990): *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La Muralla.

- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A Primeira arte da vida*. (2ª Edição). Loures: Lusociência.
- Dantas, R.A.S; Stuchi, R.A.G. & Rossi LA.(2002). A alta hospitalar para familiares de pacientes com doença arterial coronariana. *Rev Esc Enferm USP*; 36(4): 345-350.
- Denzin, N.K. (1978). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Nueva York: McGraw Hill.
- DGS (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde, Lisboa.
- DGS (2013). Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016: Versão Resumo. Ministério da Saúde, Lisboa.
- DGS (2016). *Principais Indicadores de Saúde para Portugal, 2010-2014*. Atualizado em março de 2016. Direção Geral de Saúde, Lisboa. Acedido a 28/06/2017. Disponível em : <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude.aspx>
- Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne, P. & Robinson D. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*2011;7:CD006211
- Erickson, F. (1989). Métodos Cualitativos de Investigación sobre la Enseñanza. Em M.C. Wittcock (Ed.), *La investigación de la enseñanza*. Madrid: Paidós-MEC. 125-301.
- ESEL (2014). *Regulamento de Mestrado*. Lisboa: ESEL.
- ESEL (2017). *Documento orientador Opção II/Estágio ano letivo 2016/2017*. 8ºCurso de Pós Licenciatura em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa. Lisboa: ESEL.

- Fernandez-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Piramide.
- Fernandez-Ballersteros, R. (2006). Geropsychology: na applied field for the 21st Century. *Eropean Phychologist*, 312-324.
- Fernandes, I.M.R. (2007). *Factores Influenciadores da percepção dos Comportamentos do Cuidar dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda. 166. ISBN: 978-972-8485-88-7.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência, 2012. 183p. ISBN: 978-972-8930-83-7.
- Filho, P. O. V.; Carmona, M. J. C. & Júniot, J. O. C. A. (2004). Peculiarities of post-cardiac surgery care in elderly patients. *Rev. Bras. Anesthesiol*. Vol.54 nº.5, 707-727.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. (1º Ed.). Lisboa: Climpesi Editores.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Florêncio, H. (2011). *O Regresso da Pessoa Idosa com doença crónica e família à sua casa: a parceria como intervenção de enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada. Lisboa. Apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M.; Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- Freitas, A. P. (2012). *Avaliação e intervenção de enfermagem de família nos CSP na RAM*. In M. C. Barbieri, M. M. Martins, M. H. Figueiredo, M. J. Martinho, L. M.

- Andrade, P. C. Oliveira, ... M. R. Santos (Eds.), Da investigação à prática de enfermagem de família (pp. 24-33). Recuperado de: http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.Ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Bbook%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf
- Fulmer, T. (2007). Fulmer Spices. A framework of six 'marker conditions' can help focus assessment of hospitalized older patients. *Journal of American Nursing*, Vol. 107 (10), 40-48.
- Hernández, F. (1998). *Transgressão e mudança na educação: os projectos de trabalho*. Trad. Jussara Haubert Rodrigues. Porto Alegre: Artmed. 150p.
- Hesbeen, W. (2004). A prática de cuidados: um encontro e um acompanhamento. *Enfermagem*, 2 (34): 5-13. Lisboa. ISSN 0871-0775.
- Hill, M.M. & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. (2ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Galdeano, L. E.; Rossi, L. A. Nobre, L. F. & Ignacio, D. S. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*., Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, pp. 199-206.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O Inquérito – teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Goetz, J.P. & LeCompte, M.D., (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. 77-113. Em M. A. Pereira Lopes (Coords). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.
- Gómez, R., G., Flores, J.G. & Jiménez, E.G., (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe, S.L. (2ª edic.).

Gonçalves, D. M. S. A. (2008) - A Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa Hospitalizada. Lisboa. Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

Gonçalves, E., Sá, L., & Caldeira, M. (2004). *Estudo de caso*. DEFCUL – Metodologia de Investigação 2004/2005.

Gonzalez Sanmamed, M., (1994). *Aprender a enseñar: Mitos y realidades*. Universidad de la Coruña: Gráfico Galaico. Polígono de Pocomaco.

Greysen, S., Hoi-Cheung, D., Garcia, V., Kessell, E., Sarkar, U., Goldman, L. & Kushel, M. (2014). 'Missing Pieces'-Functional, Social, and Environmental Barriers to Recovery for Vulnerable Older Adults Transitioning from Hospital to Home. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 62(8), 1556-1561. DOI:10.1111/jgs.12928

Grimmer K., Moss, J. R., Gill, Tiffany K. (2000) - Discharge Planning quality from the carer perspective. *Quality of Live Research*. Nº. 9, 1005-1013.

Instituto Nacional de Estatística (2012), Censos 2011. Lisboa. Acedido a 10/5/2017. Disponível em: <https://www.ine.pt>

Instituto Nacional De Estatística (INE) (2016). Dados estatísticos. Acedido a 11/05/2017. Disponível em: <https://www.ine.pt>

Jackson, C. & Wenger, N. (2011). Cardiovascular disease in the elderly. *Revista Espanhola de Cardiologia*, 64(8), 697-712.

Kassmann B.P., Docherty S.L., Rice H.E., Schweitzer M. - Telephone follow-up for pediatric ambulatory surgery: parent e provider satisfaction. *Journal of pediatric nursing*. . ISSN 1532-8449. 27:6 (2012) 715–24. doi: 10.1016/j.pedn.2012.02.004.

- Laugaland, K., Aase, K. & Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care - a review of the evidence. *Work* 41, 2915-2924.
DOI: 10.3233/WOR-2012-0544-2915
- Leal, M. T. - Estaremos atentos ao seu impacto sobre a enfermagem? *Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904. 10:1 o semestre (2006) 67–74.
- Lecanda, R. & Garrido, C., (2003). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, 14: 5-40.
- Lien, C., Lin, H., Kuo, I. & Chen, M. (2009). Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal Of Clinical Nursing*, 18 (16), 2311-2319. DOI:10.1111/j.1365-2702.2008.02549.x
- Lima, W. A., Glaner. M.F. (2006) Main factors of risk related to the cardiovascular diseases. *Rev. Bras.Cineantropom. Desempenho Hum.* 2006; 8(1):96-104.
- Martins, A.; Pinto, A.; Lourenço, C.; Pimentel, E.; Fonseca, I.; André, M.; Almeida, M. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem. *Revista Pensar Enfermagem*. Vol.12, nº 2, 52-61.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202-209.
- McCormack, B., & McVance, T. (2006). Development of a Framework for personcentred nursing. *Nursing theory and concept development or analysis*, 56 (5), 472- 479.
- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M.Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 93-107.

- Meleis, A. I.; Sawyer, L. M.; Im, E.; Messias, D. K. H.; & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1), 12-28.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. USA: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. Em A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2013). A Teoria das Transições. Comunicação proferida pela autora na Conferência *A Teoria das Transições*, realizada na Escola Superior de Enfermagem do Porto, a 19 de Setembro de 2013. Porto.
- Melo, J., Teixeira, A., Novo, A., Figueiredo, M. & Branco, N. (2013). Visita de enfermagem pré-operatória a opinião dos doentes. *Millenium*, 44, 171-182.
- Mendes, João M. Galhanas. A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Rev. INFORMAR*, Ano XII, nº 36. Janeiro/Junho, Porto: 2006.
- Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a pessoa idosa – A prática de cuidados com experiencia formativa*. Loures: Lusociência.
- Moraes, E. (2012). Atenção à Saúde do Idoso. Aspectos Conceituais. Organização Pan-Americana da saúde. Ministério da saúde, Brasília/DF.
- Naylor, M.D. (2012). Advancing High Value Transitional Care the Central Role of Nursing and Its Leadership. *Nursing Administration Quarterly*. 36(2), 15-126. DOI: 10.1097/NAQ.0b013e31824a040b.
- Naylor, M. D. & Keating, S.A. (2008). Transitional Care. Moving patients from one care setting to another. *American Journal of Nursing*. Setembro, 108 (9), 58-63. Acedido a 1-07-2017. Disponível em: http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2008/09001/Transitional_Care.23.aspx

Nunes, I. M. L. M. (2008). *Participação da Família nos Cuidados ao Idoso Internado num Serviço de Ortopedia. Contributos Para Melhorar a Comunicação e a Qualidade dos Cuidados ao Idoso*. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa. 178p. Dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde, apresentado à Universidade Aberta de Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários á Análise de Casos*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Ordem dos Enfermeiros. [em linha]. Acedido em: 20/05/2017. Disponível em :
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manusuais_BPraticas.pdf

Ordem dos enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista*. Lisboa. Acedido a 12-05-2017. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, Regulamento n.º 122/2011. DR, 2.ª Série, N.º 35 de 18 de Abril de 2011, 8648 – 8653.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, Divulgar, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 27 de Janeiro de 2018, de
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Organização Pan-América da Saúde, Brasília/DF.
- Martins, L. (2004). Beneficência e Não Maleficência. Em M. C. Neves, & S. Pacheco, Para uma Ética da Enfermagem - Desafios (pp. 229-236). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Patton, M.Q. (1987). *How to use qualitative methods in Evaluation*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Perdigão, C. et al. (2011). Prevalence and distribution of the main cardiovascular risk factors in Portugal – The AMALIA study. *Rev Port Cardiol* 2011; 30 (04), 393-432.
- Petronilho, F.A. (2007). Preparação do regresso a casa. Coimbra. Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Petronilho, F. (2010). A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no auto-cuidado: uma revisão da literatura. *Investigação em Enfermagem* 21, 43-58.
- Petronilho, F. (2016). Preparação do regresso a casa. IN: Martins, T.; Peixoto, M., Araújo, F. & Machado, P. (Orgs.). A pessoa dependente e o familiar cuidador (pp 73-93). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Lusodidacta, Lda. ISBN 978-989-20-7135-0.
- Pereira, F. (2009) – Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra: Formasau. ISBN 9789898269065.
- Pereira, I. (2013). *Regresso a Casa. Estrutura da ação de enfermagem*. Universidade Católica Editora, Lisboa.
- Pivoto, F.L., Filho, W. D. L., Santos, S.S.C., Almeida, M. A. & Silveiras, R.S. (2010). Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (5): 665-670.

- Pompeo, D., et al. (2007) – Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*. ISSN 1982-0194. [em linha]. Vol.20, Nº. 3. Acedido em 27/2/2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000300017>.
- Posada, J. A. C. (2001). *Metodología de la investigación – volume 1: Fundamentos*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2003). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. Loures: Edição Lusociência.
- Rebelo, M.T. (2012). O regresso do doente a casa: saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta. Em M.T. Rebelo et al. *Cuidar em Enfermagem – Saberes da prática*. Coimbra: Formasau.
- Ribeiro, L., Alves, P., Meira, E. (2009). Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. *Ciência, Cuidado e Saúde Abr/Jun; 8(2):220-227*. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v8i2.8202
- Rispail, D. (2002). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Lusociência: Loures.
- Rocha, E., Nogueira, P. (2015). As doenças cardiovasculares em Portugal e na Região Mediterrânica: uma perspetiva epidemiológica. *Revista Fatores de Risco*, 36, 35-44.
- Ruivo, M.A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, n.º 15, Janeiro-Março, 1-38. Acedido a 30/06/2016. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
- Ruiz, J. (2000). *Aprendizaje docente e innovación curricular. Dos estudios de caso sobre el construtivismo en la escuela*. Málaga: Imagraf. Málaga.

- Sampieri, R. H., Collado, C. F. & Lúcio, P. B. (2006). *Metodología de la Investigación*. 4ª Ed. México: McGraw-Hill.
- Santos, L. (2000). *A prática lectiva como actividade de resolução de problemas: um estudo com três professoras do ensino secundário*. Lisboa: Associação de Professores de Matemática, Coleção Teses.
- Santos, F. H., Andrade, V. M. & Bueno, O. F. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 14 (1), 3-10. Acedido: 13-07-2017. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722009000100002&lng=en&tlng=pt.
- Santos, S. (2010). Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1035-1039.
- Schumacher, K. et al (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds.). *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals* (1-26). New York: Springer.
- Serrano, M. T. P.; COSTA, Arminda S.M.C.; COSTA, N. M.V.N.(2011). *Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s)*. Revista de Enfermagem Referência. Coimbra. III Série, nº1, p. 15-23.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Spar, E. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi
- Shyu, Y. L., Chen, M., Wu, C., & Cheng, H.(2010). Family caregivers' needs predict functional recovery of older care recipients after hip fracture. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(11), 2450-2459. DOI:10.1111/j.1365-2648.2010.05418.x

- Silva, A. P. (Janeiro/Abril de 2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*, 55, pp. 11-20.
- Silva, I. J., Oliveira, M.F., Silva, S.E., Polaro, S. H., Radunz, V., Santos, E. K. & Santana, M.E. (2009). Cuidado, Autocuidado e Cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43 (3), 697-703.
- Soares, G.M.T., et al. (2011). Prevalência das principais complicações pós-operatórias em cirurgias cardíacas. *Rev Bras Cardiol*. 2011;24(3):139-46.
- Sociedade Europeia de Cardiologia (2012). About Cardiology Disease in Europe. 2012 Statistics. Acedido a 10/05/2017. Disponível em: <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Fact-sheets/About-Cardiovascular-Disease-in-Europe>
- Stake, R. (1994). Case studies. In Norman Dezin e Yvonna Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications.
- Stake, R. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Tallman, K .et al. (2012) - Living with advanced illness: longitudinal study of patient, family and caregiver needs. Original research & Contributions. *The Permanent Journal/Summer*. Vol.16, nº3, p28-35.
- Taylor & Bogdan, (1989). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós, Barcelona.
- Schneider, R. & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, Vol. 25(4), 585-593.

- Walker, R. (1983). La realización de estudios de caso en educación. Etica, Teoría y Procedimientos. Em Dockrell, W.B. & Hamilton, D. (Eds.): *Nuevas reflexiones sobre la investigación educativa*. Madrid: Narcea. pp. 42-82.
- Watson, J. (2002). Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem. Loures. Lusociência.
- Who (2004) – Standards for Health Promotion in Hospitals. Europe.
- Who (2009) – Guidelines for Safe Surgery. Switzerland. Acedido a 10/6/2017. Disponível em:
<https://www.google.pt/webhp?sourceid=chromeinstant&ion=1&espv=2&ie=UTF>
- Who (2014a). Ageing and Life Course - facts about ageing. World Health Organization. Acedido: 10-06-2017. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/about/facts/en>
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2011). Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família (5ª ed.). São Paulo: Editora Roca.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2013). Nurses and families: a guide to family assessment and intervention (6th ed.). Philadelphia: F. A: Davis Company.
- Vieira, F. & Moreira, M. A. (2011). *Supervisão e avaliação do desempenho docente: Para uma abordagem de orientação transformadora*. Ministério da Educação - Conselho Científico para a avaliação de Professores. Cadernos do CCAP – 1.
- Vinuesa, M. L. (2005). La encuesta. Observación extensiva de la realidad social. Em Ma. Rosa Berganza & J.A. Ruiz (Eds.). *Investigar en comunicación*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Yin, R. K. (1989). *Case study research: design and methods*. Beverly Hills: Sage. 1ª Edic. Revisada.

Yokose S, Miura T, Hashizume K, et al. (2016). *Long-term quality of life after cardiac and thoracic aortic surgery for very elderly patients 85 years or older*. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 22: 298-303.

Zaslavsky, C. & Gus, I. (2002). *Idoso. Doença cardíaca e comorbidades*. Arq Bras Cardiol, 79, 635 - 639.

APÊNDICES

Apêndice I – Revisão *Scoping*

Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família na preparação para o regresso a casa - intervenções

- Revisão *Scoping* -

Introdução

Os idosos representam o grupo de pacientes com crescimento mais rápido no encaminhamento para cirurgia cardíaca, com a proporção de pacientes com idade igual ou superior a 75 anos, aumentando de 16% em 1990 para 25% nas estimativas mais recentes (Afilalo et al., 2013). A idade avançada é frequentemente acompanhada por uma carga maior de condições comorbidas e maior gravidade. No cenário da cirurgia cardíaca, os pacientes são mais propensos a ter uma doença arterial coronária extensa e doença valvular concomitante e são mais propensos a exigir cirurgia urgente ou emergente. No entanto, vários pacientes demonstraram consistentemente obter benefícios consideráveis com a cirurgia cardíaca.

De facto, a cirurgia cardíaca pode salvar vidas, mas também pode aumentar riscos de problemas inesperados tanto durante a cirurgia quanto após a alta. O risco de ser afetado após a cirurgia cardíaca vai gradualmente declinando devido ao facto de que pacientes aceites para cirurgia estão cada vez mais velhos. Alguns estudos têm descrito as experiências dos pacientes de cirurgia cardíaca como um evento importante que ameaça a vida. Estes eventos vêm com um forte invasão no corpo e na integridade da pessoa (Lingehall et al., 2015).

Atendendo ao pós-operatório, os enfermeiros assumem um papel relevante no sentido em que, na sua área de intervenção, procuram a máxima independência da pessoa na realização das AVD's, tendo como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde da pessoa (OE, 2012).

Desta forma, a revisão da literatura selecionada para este estudo foi a revisão *scoping*, que permite explorar toda a informação publicada sobre os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família na preparação do regresso a casa. Esta revisão foi realizada de forma metódica, seguindo um protocolo de pesquisa, e possibilita não só a enumeração dos artigos publicados como também a compreensão e a relação dos dados obtidos (Ribeiro, 2014).

Metodologia

No sentido de aprofundar os conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família na preparação do regresso a casa, como já referido, foi realizada uma revisão scoping, seguindo a metodologia de Joanna Briggs Institute. Para a construção da questão de investigação foram utilizados os termos de pesquisa de acordo com a terminologia População, Contexto e Conceito (PCC), através de descritores Medical Subject Headings (MeSH) e palavras-chave (tabela 1), de forma a formular a questão norteadora da presente revisão scoping: “*Quais os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família na preparação para o regresso a casa?*”. Os descritores apresentados foram agrupados de acordo com a expressão booleana (elderly **OR** aged **OR** older people) **AND** (cardiac surgery **OR** coronary bypass **OR** valvular surgery) **AND** (nurs*) **AND** (patient discharge **OR** after hospitalization **OR** planning discharge **OR** return home).

Tabela 1 – Critérios para a formulação da questão de investigação da revisão scoping.

Terminologia de pesquisa	Termos de pesquisa	Descritores MeSH/ palavra-chave
População	Pessoa idosa/frágil	<ul style="list-style-type: none">• elderly• aged• older people
Contexto	Submetida a cirurgia cardíaca	<ul style="list-style-type: none">• cardiac surgery• coronary bypass• valvular surgery
Concelho	Cuidados de enfermagem Preparação do regresso a casa	<ul style="list-style-type: none">• nurs• patient discharge• after hospitalization• planning discharge• return home

A pesquisa foi realizada no período de 14 de janeiro a 17 de janeiro de 2018, nas bases de dados Cinahl, Medline, Cochrane, Nursing Reference Center e Scielo, obtendo-se um total de 68 artigos, posteriormente submetidos a análise, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão (Quadro1).

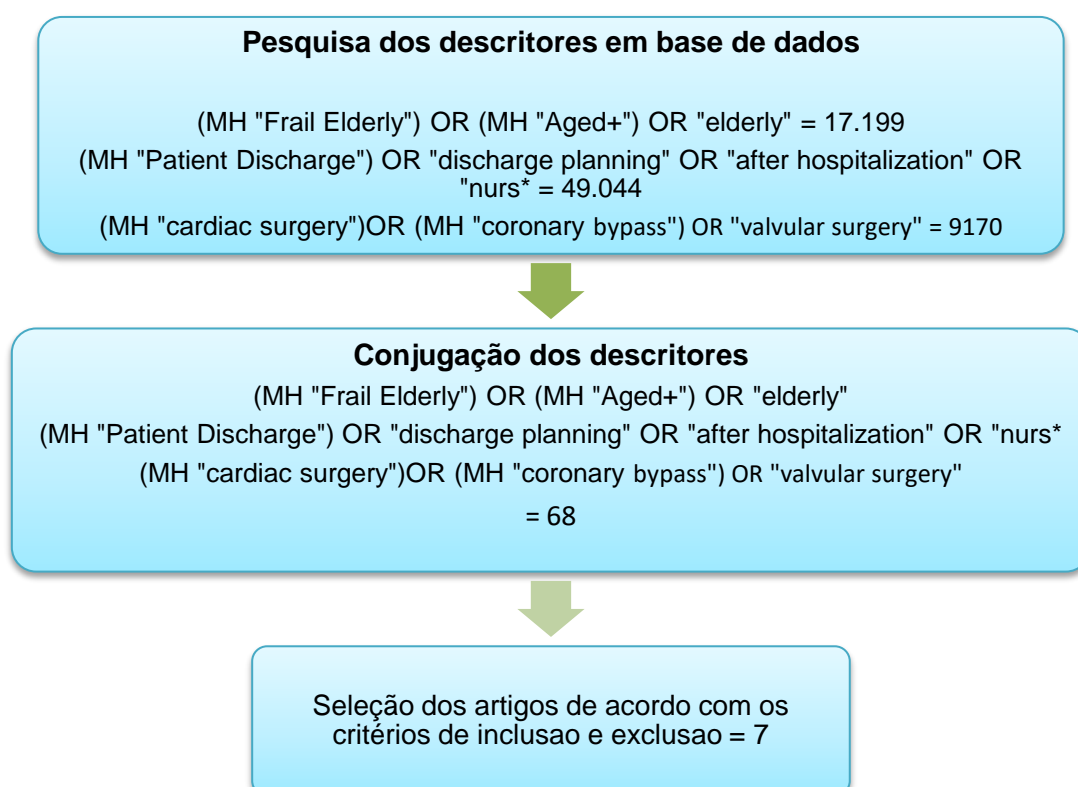
Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos analisados na Revisão Scoping

Critérios de inclusão dos artigos	Critérios de exclusão dos artigos
<ul style="list-style-type: none">a) Acesso ao texto integral;b) Artigos em Português, Inglês ou Espanhol;c) Estudos que incluam doentes idosos com patologia cardíaca;d) Estudos sobre doentes submetidos a cirurgia cardíaca;e) Estudos realizados em contexto de unidades de internamento de foro cardíaco;f) Estudos sobre intervenções ou cuidados de enfermagem em cirurgia cardíaca;g) Estudos com contributos para a preparação do regresso a casa da pessoa e família.	<ul style="list-style-type: none">h) Artigos duplicados;i) Artigos noutras línguas, além das consideradas nos critérios de inclusãoj) Estudos sobre doentes com insuficiência cardíaca;k) Estudos sobre intervenções de outros profissionais de saúde.

Dos 68 artigos, 13 encontravam-se repetidos, restando 55 artigos para análise. Após leitura dos respetivos resumos, foram excluídos 21 artigos, por abordarem a insuficiência cardíaca ou outros profissionais de saúde que não os enfermeiros. De salientar que não foi aplicada filtração cronológica na pesquisa realizada. Os artigos mais antigos selecionados nesta revisão scoping datam de 2001 e podem trazer contributos para o conhecimento na área dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca.

Foram submetidos a leitura do texto integral, 34 artigos, dos quais, após análise de acordo com os critérios de inclusão e exclusão supracitados, foram selecionados 7 para a revisão *scoping* (figura 1).

Figura 1 – Percurso metodológico de seleção de artigos



Apresentação dos resultados

Os artigos contemplados na revisão *scoping*, encontram-se descritos seguidamente, apresentando-se sumariamente os principais resultados e/ou as conclusões dos autores, em linha com o objetivo e a questão de investigação desta revisão. Os artigos estão apresentados por ordem cronológica, do mais recente ao mais antigo.

Artigo 1

Titulo	Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença
Autores; ano; local	Maria Aparecida Baggio, Ariane Teixeira e Marilene Rodrigues Portella; 2001; Rio Grande do Sul.
Objetivos/finalidade	Identificar a percepção do paciente cirúrgico cardíaco acerca das orientações pré-operatórias fornecidas pela enfermagem.

Participantes	8 pacientes
Metodologia	<p>Esta pesquisa foi realizada num hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul, visando a um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa. A autorização para a realização do estudo foi solicitada através de contato pessoal com a diretoria de enfermagem, bem como com a equipe da unidade e, posteriormente, formalizada através de encaminhamento de ofício acompanhado da cópia do projeto, o qual recebeu aprovação. Os dados foram coletados no mês de janeiro de 2000, num processo que compreendeu dois momentos: no primeiro, foi realizada a orientação pré-operatória de enfermagem na unidade de internamento em que o paciente se encontrava internado, tendo como eixo norteador o Protocolo Guia de Orientações de Enfermagem (Baggio, Teixeira e Portella, 2000); no segundo momento, o levantamento de dados junto aos pacientes foi realizado por meio de entrevistas semiestruturadas no período pós-operatório, as quais foram gravadas com a autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas.</p>
Resultados/ Conteúdos relevantes para a revisão scoping	<p>Os sujeitos submetidos ao processo cirúrgico cardíaco são unânimes na opinião sobre os bons resultados da orientação pré-operatória de enfermagem, descrevendo os aspectos positivos no que se refere à assistência e ao cuidado deste profissional.</p>
Principais conclusões/implicações para a prática	<p>Os temas emergidos deste estudo oferecem aos enfermeiros a possibilidade de refletir sobre as suas ações, o seu comportamento perante o paciente e a capacidade de criação como profissionais da saúde. Vimos que é preciso que os enfermeiros estejam abertos e disponíveis para que seja possível atender o paciente sem limitações, proporcionando-lhe tempo necessário para que se sinta à vontade e confiante para explicitar os seus sentimentos e dúvidas, tendo o cuidado em não manifestar pressa ou limitação de tempo, o que poderá angustiá-lo ou deixá-lo ansioso.</p>

Artigo 2

Titulo	A survey of patients'education and support needs while waiting for cardiac surgery
Autores; ano; local	S. Fleming, H. Goodman, A. Geraghty, W.West and L. Lancaster; 2001; dois hospitais anónimos (A e B)
Objetivos/finalidade	O estudo previa dois objetivos: (i) pesquisar todos os pacientes que esperam a cirurgia cardíaca para verificar se recebem previamente apoio da equipa de enfermagem e (ii) usar os resultados desta pesquisa para planear futuras provisões de serviços.
Participantes	445 pacientes
Metodologia	<p>Foi utilizado um projeto de levantamento transversal.</p> <p>Foi enviado o questionário a todos os pacientes que esperavam por cirurgia cardíaca, durante uma semana em fevereiro (hospital A) e março (hospital B), em 1999. De um total de 679 envios, foram recebidas 72% de respostas dos pacientes (n=445).</p>
Resultados/ Conteúdos relevantes para a revisão scoping	A pesquisa descobriu que 87% (n = 383) dos pacientes nunca haviam tido conhecimento sobre clínicas de reabilitação. Mais de metade dos pacientes pesquisados queriam obter da equipa de enfermagem mais informação sobre a sua dieta, medicação, exercício e cirurgia. Uma grande maioria (72%, n = 297) dos pacientes queriam sentir acima de tudo mais confiança nos enfermeiros e na informação que estes passam, para promover um regresso a casa com sucesso.
Principais conclusões/implicações para a prática	Os resultados mostraram que os pacientes valorizaram mais contacto e formação aquando da cirurgia cardíaca. Mais pesquisas também precisam ser feitas para avaliar a eficácia de informar e apoiar os pacientes que realizam a cirurgia cardíaca medindo o efeito sobre os fatores de risco e a qualidade de vida dos pacientes.

Artigo 3

Titulo	Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca
Autores; ano; local	Luzia Elaine Galdeano, Lídia Aparecida Rossi, Luciane Facio Nobre e Daniela Sarreta Ignácio; 2003; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.
Objetivos/finalidade	O objetivo deste estudo foi identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca.
Participantes	17 pacientes
Metodologia	<p>O estudo foi realizado na unidade de internamento cirúrgica e unidade de internamento clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, no período de janeiro a maio de 2001. O grupo de estudo foi constituído de 17 pacientes adultos, independente do sexo, que se encontravam no período transoperatório de cirurgia cardíaca. Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento, baseado num modelo conceitual que se fundamenta na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. A validação de aparência e conteúdo do instrumento foi realizada por seis enfermeiros que atuam</p> <p>na área de cardiologia e trabalham com diagnósticos de enfermagem.</p>
Resultados/ Conteúdos relevantes para a revisão scoping	Os diagnósticos de enfermagem, identificados segundo a Taxonomia I da NANDA, com frequência superior a 50,0%, foram: risco para infecção (100%), risco para desequilíbrio de volume de líquidos (100%), troca de gases prejudicada (100%), risco para aspiração (100%), proteção alterada (100%), integridade da pele prejudicada (100%), risco para disfunção neurovascular periférica (100%), risco para lesão perioperatória de posicionamento (100%) e risco para temperatura corporal alterada (94,1%).
Principais conclusões/implicações para a prática	<p>Observamos uma predominância dos diagnósticos de enfermagem relacionados às necessidades fisiológicas.</p> <p>Logo será aí que deverá ser desenvolvido um maior apoio dos enfermeiros, no que concerne ao pós-operatório e apoio no regresso a casa.</p>

Artigo 4

Titulo	A linguagem como ferramenta do cuidado do enfermeiro em cirurgia cardíaca
Autores; ano; local	Ana Carla Dantas Cavalcanti e Maria José Coelho; 2007; Rio de Janeiro.
Objetivos/finalidade	Descrever a linguagem utilizada no dia-a-dia por enfermeiros em unidade de terapia intensiva cardíaca.
Participantes	Enfermeiros (n.º não referido de profissionais)
Metodologia	Apoia-se numa abordagem qualitativa, descritiva, que utilizou a etnometodologia, envolvendo os conceitos de prática, indicialidade e noção de membro. Para a coleta de dados, foram realizadas observação participante e fotografia para captação da imagem gestual
Resultados/ Conteúdos relevantes para a revisão scoping	Os resultados apontam a utilização de palavras científicas, siglas e abreviações, silêncio, gestos e palavras com significado distinto. Essa linguagem é totalmente entendida pelos membros do grupo e apresenta-se de forma natural pelos atores sociais; no entanto, não é de domínio do cliente, podendo ocasionar falsas interpretações.
Principais conclusões/implicações para a prática	Este estudo propõe uma reflexão sobre a importância de utilizar-se no quotidiano uma linguagem compreendida não só pelos profissionais, mas também pelo cliente, para que esta seja uma ferramenta do cuidar/cuidado de enfermagem.

Artigo 5

Titulo	Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas
Autores; ano; local	Flávia Lamberti Pivoto, Wilson Danilo Lunardi Filho, Silvana Sidney Costa Santos, Miriam de Abreu Almeida e Rosemary Silva da Silveira; 2010; Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica (UTI-UPO) do Hospital de Cardiologia e Oncologia Dr. Pedro Bertoni.
Objetivos/finalidade	Identificar, em conjunto com enfermeiras de uma Unidade de Tratamento Intensivo Pós-Operatória Cardiológica, diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas, com vistas à

	futura implementação do processo de enfermagem nessa unidade.
Participantes	20 pacientes
Metodologia	Trata-se de um estudo qualitativo, ancorado na pesquisa convergente-assistencial. Os dados foram obtidos, nos registros de enfermagem de 20 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, no mês de abril de 2008, acrescidos da experiência profissional de seis enfermeiras participantes do grupo de convergência reunido durante cinco encontros.
Resultados/ Conteúdos relevantes para a revisão scoping	Foram estabelecidos 15 diagnósticos, segundo a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association, corroborados por outros autores.
Principais conclusões/implicações para a prática	Identificar diagnósticos de enfermagem comuns em pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas permite um direcionamento da assistência de enfermagem e subsidia o estabelecimento de intervenções fundamentadas e adequadas às necessidades individuais apresentadas por esses pacientes.

Artigo 6

Título	O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso
Autores; ano; local	Sabrina da Costa Machado Duarte, Marluci Andrade Conceição Stipp, Maria Gefé da Rosa Mesquita e Marcelle Miranda da Silva; 2012; Hospital Federal dos Servidores do Estado no Rio de Janeiro.
Objetivos/finalidade	Descrever as necessidades do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca identificadas pelos enfermeiros e discutir o cuidado de enfermagem com base em tais necessidades.
Participantes	21 enfermeiros
Metodologia	Trata-se de uma pesquisa descritivo exploratória, de natureza qualitativa, desenvolvida na Unidade Cardiointensiva do Hospital Federal dos Servidores do Estado no Rio de Janeiro. Os dados foram coletados em

	2008, por meio de entrevista e observação participante, e analisados mediante a análise de conteúdo.
Resultados/ Conteúdos relevantes para a revisão scoping	Os dados mostraram uma enfermagem preocupada com o cuidado técnico à beira do leito, porém, desprovida de maior interação com o paciente e sua família
Principais conclusões/implicações para a prática	Conclui-se que a adoção plena do processo de enfermagem como metodologia de trabalho contribuirá para uma assistência de melhor qualidade, pautada nas orientações necessárias para cada caso, e para uma melhor informação sobre cuidado envolvendo pacientes, familiares e equipa de enfermagem.

Artigo 7

Titulo	Long-Term Quality of Life after Cardiac and Thoracic Aortic Surgery for Very Elderly Patients 85 Years or Older
Autores; ano; local	Shogo Yokose, Takashi Miura, Koji Hashizume, Youichi Hisata, Kazuki Hisatomi, Kazuyoshi Tanigawa, and Kiyoyuki Eishi; 2016; Nagasaki
Objetivos/finalidade	Avaliar os resultados da cirurgia de coração aberto e qualidade de vida a longo prazo para pacientes de 85 anos ou mais.
Participantes	43 participantes
Metodologia	Registaram-se 46 pacientes com 85 anos ou mais que se submeteram a cirurgias cardíacas e cirurgia aórtica entre maio de 1999 e novembro de 2012. A avaliação a longo prazo foi realizada para 43 pacientes; três pacientes morreram no hospital foram excluídos. As condições do paciente foram avaliadas antes da cirurgia, 6 meses e 12 meses após a cirurgia, e durante o regresso a casa em relação à necessidade de cuidados de enfermagem, grau de vida independente e disposição.
Resultados/ Conteúdos relevantes para a revisão scoping	Três pacientes (6,5%) morreram durante o internamento e 22 (51%) morreram durante o período de acompanhamento. As taxas de sobrevivência de 1, 3 e 5 anos foram de 74%, 49% e 36%. A necessidade de cuidados de enfermagem foi comparável antes e após a cirurgia. O grau de vida independente diminuiu após a cirurgia.

Principais conclusões/implicações para a prática	Entre os pacientes de 85 anos ou mais que foram submetidos a cirurgia cardíaca, 85% viviam em casa. Todos os pacientes que regressaram a casa podiam realizar atividades da vida diária, contando que o grau independência diminuiu após a cirurgia.
--	--

Discussão dos resultados

Acreditamos que a maneira como os pacientes percebem a presença da enfermagem, bem como o caráter humanizado, tem relação direta com as atitudes dos membros da equipa que estão próximos no momento que sucede o pós-operatório imediato. Através das falas, os pacientes deixam transparecer a percepção da enfermagem como uma presença afetuosa, um ser humano preocupado com o seu restabelecimento e seu conforto (*Baggio et al., 2001*).

No estudo realizado pelas autoras, foi evidenciado que a percepção dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca em relação às orientações oferecidas pela enfermagem foi de grande importância tanto para eles como para as autoras. Os sujeitos submetidos ao processo cirúrgico cardíaco são unânimes na opinião sobre os bons resultados da orientação pré-operatória de enfermagem, descrevendo os aspetos positivos no que se refere à assistência e ao cuidado deste profissional. As autoras afirmam que a orientação adequada sobre uma situação desconhecida que está por concretizar-se (neste caso, a cirurgia) torna o paciente mais tranquilo e encoraja-o a aceitar os fatos.

No período pós-operatório, observa-se o resultado positivo do processo que se estabeleceu entre a enfermeira e o paciente. Sentiu-se em todos os seres humanos que vivenciaram o processo cirúrgico o desabafo, o alívio de terem superado aquela etapa; o sorriso e o agradecimento pela presença dos enfermeiros e pelas suas orientações, pois a maioria descreveu que as orientações proporcionadas vieram ao encontro do que foi vivenciado. Desse modo, percebeu-se que a comunicação, tanto pelo diálogo como pelo recurso visual – painéis ilustrativos, contemplou as necessidades de conhecimento desses pacientes.

Fleming et al. (2001) referem que esta pesquisa apoia outros estudos ao mostrar que os pacientes sentem necessidade de receber mais apoio de uma

enfermeira cardíaca e mais informação durante todo o processo de cirurgia cardíaca. Os serviços existentes estão no local, mas estes precisam ser mais estruturados e integrados do que estão no presente. Os esforços renovados estão a ser feitos para garantir que os pacientes conhecem os serviços como linhas de ajuda, também estão a ser feitas ligações com centros de reabilitação cardíaca e serviços de enfermagem que fornecem suporte pré e pós-operatório aos pacientes. Todos estes serviços são essenciais para que se promova um regresso a casa com sucesso, tanto para o doente como para a sua família.

Também é com vista à promoção do sucesso do regresso a casa que *Galdeano et al. (2003)* referem que é muito importante a avaliação pré-operatória na identificação dos diagnósticos de enfermagem, uma vez que o paciente poderá apresentar problemas no pré-operatório, que poderão interferir diretamente na identificação dos diagnósticos de enfermagem no período transoperatório. Tal diagnóstico poderia não ser identificado se o paciente fosse avaliado somente no período transoperatório, pois essa informação poderia ser ocultada, considerando-se o facto de o paciente estar sonolento devido aos medicamentos pré-anestésicos. Acredita-se que o estudo contribui para o planeamento do cuidado a pacientes que se encontram no período transoperatório, resultando na implementação de ações rápidas e eficazes para a resolução dos problemas identificados.

Segundo *Cavalcanti & Coelho (2007)*, o cuidar/cuidado de enfermagem em cirurgia cardíaca, como prática social, detém uma quantidade inesgotável de símbolos e significados, ligados ao fazer profissional, que, de acordo com a situação vivida, dão sentido a realidade que os envolve. A linguagem deve ser descrita como uma forma especial de cuidar em cirurgia cardíaca que inclui a comunicação verbal e não-verbal. Assim, a linguagem técnica é aquela que compreende palavras científicas, conhecidas como termos técnicos, que são aprendidos durante a formação profissional. As siglas e abreviações caracterizam a necessidade de tornar rápidas a escrita e a fala. O silêncio e os gestos indicam a forma como o corpo fala sem palavras, atitude utilizada com frequência neste quotidiano, sendo compreendido perfeitamente pelos membros do grupo e utilizados geralmente quando as questões éticas impossibilitam a comunicação verbal. Algumas palavras com significado distinto são utilizadas por semelhança com ações realizadas fora do contexto hospitalar. Assim, este estudo propõe uma reflexão sobre a importância de utilizarmos no quotidiano uma linguagem

compreendida não só pelos enfermeiros, mas também pelo cliente. Compreender que o cotidiano do cuidar do enfermeiro em cirurgia cardíaca inclui clientes, mas o cotidiano de cada cliente não possui enfermeiros, é essencial para que a linguagem seja uma ferramenta do cuidar/cuidado de enfermagem.

Posteriormente, *Pivoto et al.* (2010) apontam que os dados levantados no seu estudo mostraram-se representativos das necessidades afetadas dos pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas e da realidade da assistência prestada no hospital em análise (UTI-UPO). Estes autores entendem que estudos com pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, permite um direcionamento da assistência de enfermagem, por forma a possibilitar reconhecimento prévio das necessidades manifestadas por esses pacientes e fornecer subsídios para estabelecimento de intervenções de enfermagem fundamentadas e adequadas às necessidades individuais.

A realidade é que após a cirurgia, o paciente e seus familiares deparam-se com uma nova rotina de vida, sendo fundamental o acesso a todas as informações de forma clara e precisa sobre os novos hábitos de vida a serem adotados. A recuperação inadequada do paciente pode estar diretamente relacionada à deficiência de informações. É importante enfatizar que, no retorno para a casa após a alta hospitalar, pacientes e familiares sentem-se desprotegidos da vigilância da equipa de saúde. Assim, caberá ao enfermeiro a realização das orientações adequadas, considerando que muitas dúvidas surgirão no período pós-alta, devendo-se também avaliar as orientações absorvidas e o nível de compreensão apresentado pelo paciente e seus familiares (Duarte et al., 2012).

Por fim, *Yokose et al.* (2016) referem que entre os pacientes, 85% dos que sobreviveram à cirurgia voltaram a viver em casa; além disso, todos os pacientes sobreviventes à cirurgia continuaram a ser capazes, no longo prazo, de realizar atividades diárias sem qualquer assistência, e mantiveram boa disposição. No entanto, houve uma diminuição no grau de independência necessário para a vida independente, contando com o apoio de enfermeiros para o regresso a casa. Mas salientam que vários estudos sobre a cirurgia cardíaca para pacientes muito idosos relataram vários resultados. No entanto, em todos é apontada a melhoria alcançada após a cirurgia. A cirurgia melhorou o estilo de vida e diminuiu o risco de insuficiência

cardíaca. Apesar do alto risco de cirurgia, os benefícios obtidos foram comparáveis ou excedeu os obtidos por pacientes mais jovens. Este estudo indica que pacientes idosos não devem ser negados a cirurgia com base apenas na idade, e que a cirurgia precoce pode ser recomendado nesta população, com a exceção de casos de emergência.

Conclusão e implicações para a prática

A análise dos artigos remete para o facto do cuidado de enfermagem ser instituído de acordo com as necessidades dos pacientes, e pode variar de acordo com a fase do pós-operatório. De facto, nos cuidados aos pacientes idosos de cirurgia cardíaca, verificou-se que os enfermeiros se preocupam com a necessidade de diminuir o déficite de conhecimento dos pacientes e seus familiares por meio da educação em saúde, com o objetivo de diminuir o tempo da internamento e promover o autocuidado, promovendo o sucesso no regresso a casa do paciente.

Além dos aspetos físicos, há destaque para as necessidades psicoemocionais que podem ser evidenciadas no momento e influenciar negativamente na recuperação do paciente, o que requer intervenção. Em suma, cabe aos enfermeiros promoverem o atendimento das necessidades dos pacientes, consideradas humanas e básicas, trabalhando na perspectiva da interdisciplinaridade.

Referências Bibliográficas

- Afilalo, J., Mottillo, S., Eisenberg, M., Alexander, K., Noiseux, N., Perrault, L., Bergman, H. (2013). Addition of Frailty and Disability to Cardiac Surgery Risk Scores Identifies Elderly Patients at High Risk of Mortality or Major Morbidity. *Circulation*, 5, 222-228.
- Baggio, M., Teixeira, A. & Portella, M. (2001). Pré-operatório do paciente cirúrgico Cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. *R. gaúcha Enferm.*, 22 (1), 122-139.
- Coelho, M. & Cavalcanti, A. (2007). A linguagem como ferramenta do cuidado do enfermeiro em cirurgia cardíaca. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11 (2), 220-226.
- Fleming, S., Goodman, H., Geraghty, A., West, W. & Lancaster, L. (2001). A survey of patients' education and support needs while waiting for cardiac surgery. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 5, 143 – 151.
- Galdeano, Luzia Elaine, Rossi, Lídia Aparecida, Nobre, Luciane Facio, & Ignácio, Daniela Sarreta. (2003). Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (2), 199-206.
- Lingehall, H., Smulter, N., Olofsson, B. & Lindahl, E. (2015). Experiences of undergoing cardiac surgery among older people diagnosed with postoperative delirium: one year follow-up. *BMC Nursing*, 14 (17), 2-10.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, Divulgar, Lisboa.
- Pivoto, Flávia, Filho, Wilson, Santos, Silvana, Almeida, Miriam & Silveira, Rosemary (2010). Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Acta Paul Enferm.* 23(5), 665-70.
- Ribeiro, José (2014). Revisão de Investigação e Evidência Científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (3), 671-682.

Yokose, S., Miura, T., Hashizume, K., Hisata, Y., Hisatomi, K., Tanigawa, K. & Eishi, K. (2016). Long-Term Quality of Life after Cardiac and Thoracic Aortic Surgery for Very Elderly Patients 85 Years or Older. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*, 22, 2.

Apêndice II – Autorização da Comissão de Ética

PARECER

Projeto de Mestrado - Estágio,

Título: “A preparação da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e/ou familiar para o regresso a casa - intervenções”

Investigadora Principal: **Enf.ª Dora Isabel da Costa Santos** (Aluna do 8º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Enfermagem Médico-Cirúrgica » vertente pessoa idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa-ESEL | Enfermeira no Serviço de Cirurgia Cardiorácica

Serviço onde decorrerá o projeto: **Serviço de Cirurgia Cardiorácica do [REDACTED]**

Após reunião de 19 de março de 2018 e no seguimento da receção dos esclarecimentos solicitados, assim como do modelo de Consentimento Informado retificado, estando atualmente o projeto de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

Lembramos que, de acordo com a Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, qualquer estudo que envolva dados de doentes deverá ter a aprovação da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD).

A Comissão de Ética para a Saúde solicita à Investigadora Principal que, quando da conclusão deste projeto, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do

[REDACTED] presentes em reunião de 19 de março de 2018:

Presidente: Prof.ª Doutora Maria Teresa Marques

Dr. Carlos Costa, Enf.ª Clara Carvalho, Dra. Helena Farinha,

Dr. José Santana Carlos e Dr. Rui Campante Teles

Pelo exposto, emitiu-se a 26 de março de 2018, **parecer favorável**.

**Apêndice III - Consentimento informado para realização de
entrevistas à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família**

Consentimento Informado

Exmo. Sr. Ou Sr.^a

No âmbito do estágio no serviço de Cirurgia a Cardiotorácica no Hospital de Santa Cruz, do 8º Curso de Pós-Licenciatura em Médico-cirúrgica – Pessoa idosa, frequentar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, eu, Dora Isabel da Costa Santos estou a realizar um projeto de estágio sobre a temática “ **A preparação da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e/ou família para o regresso a casa – intervenções de enfermagem**”, tendo como objetivo promover o cuidado da pessoa idosa/ família submetida a cirurgia cardíaca na preparação do regresso a casa. Com este projeto pretende-se o envolvimento doente e família durante o internamento na preparação do regresso a casa, de modo a que possam gerir de forma eficaz a sua recuperação.

Para que isto seja possível, precisamos da sua participação neste estudo e informamos que toda a informação que nos der é confidencial. A informação obtida será tratada de forma confidencial, ao abrigo da Lei de Proteção de Dados Pessoais nº 67/98 de 26 de Outubro.

A sua participação neste projeto realiza-se através de uma entrevista e é de caráter voluntário, pelo que poderá nesse sentido aceitar participar, sendo importante que assine com base nos pressupostos que em baixo se transcrevem:

- 1. Declaro ter compreendido a informação que me foi dada sobre este estudo;**
- 2. Recebi um esclarecimento sobre todos os aspetos em que tive dúvidas e considere importantes;**
- 3. Foi-me transmitido que poderia desistir em qualquer altura desta participação, sem com isso ter qualquer represália;**
- 4. Fui devidamente informado do direito de recusar em participar, aceitando somente em ser participante com o pressuposto de não ser minimamente prejudicado no meu acompanhamento clínico, pelo que assino e subscrevo este documento.**

Declaro que aceito participar voluntariamente neste estudo.

Assinatura do _____ participante:

Data: __/__/__

Assinatura do _____ representante legal:

Apêndice IV - Consentimento informado dos enfermeiros

Consentimento Informado

Sr. (a) Enfermeiro(a)

Eu, Dora Isabel da Costa Santos estou a realizar um projeto de estágio sobre a temática “ **A preparação da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e/ou família para o regresso a casa – intervenções**”.

A finalidade deste projeto é promover o cuidado da pessoa idosa/ família submetida a cirurgia cardíaca na preparação do regresso a casa, para uma melhor preparação do regresso a casa. O enfermeiro através do desenvolvimento das intervenções de enfermagem “para” e “com” a pessoa idosa, ancoradas no conhecimento científico, habilidade, pensamento crítico e criatividade, promova a aquisição de conhecimentos na pessoa idosa e na família com o intuito de desenvolver competências em relação à gestão da saúde, para o regresso a casa.

A sua participação neste projeto realiza-se através de uma entrevista. A informação obtida será tratada de forma confidencial, ao abrigo da Lei de Proteção de Dados Pessoais nº 67/98 de 26 de Outubro.

A sua participação no presente projeto é de carácter voluntário, podendo em qualquer altura negar o seu consentimento.

Declaro ter compreendido a informação que me foi dada sobre o projeto e o funcionamento do mesmo. Fui esclarecido (a) sobre todos os aspetos que considero importantes. Fui informado (a) do meu direito de recusar a participação no presente projeto em qualquer momento sem que com isso seja prejudicado na instituição onde trabalha. Deste modo, consinto participar voluntariamente neste projeto.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do responsável pelo projeto: _____

Lisboa, __/__/__

Apêndice V – Objetivos e atividades desenvolvidas na UCC X

OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UCC X

Objetivo Geral 1 - Desenvolver competências como Enfermeira Especialista e Mestre na prestação de cuidados a pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e/ou família na preparação do regresso a casa.

<i>Objetivos Específicos</i>	<i>Atividades</i>	<i>Estratégias</i>
Integrar a equipa multidisciplinar da UCC X	Reunião com o Enf. Chefe da UCC X; Apresentação, reflexão e debate do projeto com equipa da UCC; Consulta para conhecimento do plano de atividades da unidade; Participação na prestação de cuidados diretos, em contexto domiciliário na tentativa de identificar necessidades conducentes a continuidade do cuidado no regresso a casa; Realização de entrevistas aos idosos e família para melhor identificar as suas necessidades; Recolha de informação sobre articulação entre unidades de saúde e o hospital na comunidade e na transição de cuidados, nomeadamente após a alta.	Reflexões de aprendizagem; Registos diários dos cuidados de enfermagem; Reuniões de orientação tutorial; Realização de um estudo caso;

~

**Apêndice VI - Reflexão sobre a experiência de estágio em cuidados
de saúde primários**

REFLEXÃO SOBRE A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Durante o período de estágio na comunidade, tive a oportunidade de desenvolver o projeto numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), mais precisamente no distrito da K. Esta (UCC) tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde numa perspetiva integrada e em articulação com as instituições parceiras da comunidade. Presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. A sua atuação cinge-se essencialmente na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Os doentes são referenciados para a ECCL do hospital, através das Equipas de Gestão de Altas (EGA), ou dos centros de saúde, sendo que aí o pedido é encaminhado à Equipa de Coordenação Local (ECL), verificando esta, se estão presentes os critérios de referenciação necessários, sendo depois encaminhados para a respetiva ECCL.

Integrar uma equipa de ECCL proporcionou o contato com a pessoa idosa no meio onde esta está inserida, permitindo desta forma observar a prática de cuidados de enfermagem às pessoas idosas na comunidade e compreender a articulação entre os cuidados de enfermagem e os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta às necessidades da pessoa idosa.

A UCC era constituída por 3 ECCL que davam resposta a uma área geográfica do concelho X. A equipa onde fui integrada era constituída por 3 enfermeiras, uma das quais enfermeira especialista, apoiadas por uma assistente social, um terapeuta ocupacional e um médico.

No primeiro dia apercebi-me da importância do trabalho que é feito na comunidade, pois este foi essencial compreender a dinâmica de funcionamento a nível da UCC e da ECCL. A equipa estava responsável por 40 idosos e diariamente teria de planear e organizar os cuidados de enfermagem, indo de encontro às suas necessidades, tendo em conta que os cuidados são prestados no domicílio de cada um. Embora a UCC tenha um médico que dá apoio, é estritamente necessário, uma

boa e positiva articulação entre os enfermeiros e os clínicos de medicina familiar já responsáveis pelos idosos.

O trabalho destas equipas funciona sempre em articulação com outros recursos da comunidade, sendo que quando é preciso uma cama articulada, encaminha-se a pessoa idosa e família para outro serviço onde é disponibilizado esse material. É necessário conhecer bem a área geográfica a que a unidade dá resposta para desta maneira poder orientar e satisfazer, as necessidades reais da população.

O idoso é referenciado com o diagnóstico e os cuidados de enfermagem necessários, mas quando se faz a 1ª visita domiciliária, sempre que possível nas primeiras 24 horas, pretende-se conhecer e avaliar as necessidades clínicas e sociais da pessoa e da família. Na comunidade vamos de encontro à pessoa idosa em sua casa, somos nós que vamos ao encontro do outro, o que não acontece no seio hospitalar. Nesta situação, onde a pessoa idosa se encontra no seu ambiente familiar, não foi fácil entrar na casa destas, pois no início parecia que estava a invadir a sua intimidade, sentia-me muito “desconfortável”. Enquanto enfermeira a trabalhar no hospital, nunca senti esse “desconforto”, visto ser essa a minha zona/local de conforto, onde são os idosos que vêm ao meu encontro. Esse sentimento foi-se diluindo pouco a pouco, através das inúmeras visitas domiciliárias e observando o trabalho que era feito pela equipa no início de cada dia, sendo realizado um pequeno resumo dos cuidados de enfermagem a prestar onde também se abordava qual o tipo de idoso que iríamos encontrar e um pequeno resumo dos cuidados de enfermagem, sendo que durante a viagem eram partilhadas experiências entre a equipa.

Compreender como a ECCI se integra e articula com as pessoas idosas, famílias e comunidade, de que forma promovem sendo a autonomia, a participação e a dignidade da pessoa idosa independentemente do seu contexto de vida, permitiu a aquisição de conhecimentos e o despertar para uma realidade desconhecida. Pude verificar que existem discrepâncias muito acentuadas e realidades de pobreza, que por vezes nem nos apercebemos em contexto hospitalar.

No meu contexto profissional são poucos os doentes referenciados para a RNCCI e poucos conhecimentos tinha de como era feito no serviço. Sempre que um doente tem alta para o domicílio, fazemos uma carta de enfermagem onde estão descritos os cuidados necessários, mas nem sempre tinha a preocupação de saber se o idoso estava inscrito no centro de saúde, se teria condições de se deslocar lá, se tinha algum apoio familiar que o pudesse fazer, ou se conhecia os recursos quando

fosse necessário e precisa-se. Enquanto profissional não posso deixar de me questionar, que informação se fornece à pessoa idosa e familiar/cuidador, para os preparar para o momento do regresso a casa, que conhecimento tenho sobre a pessoa idosa/família e o seu contexto familiar/social para os capacitar nessa transição, se conheço os recursos existentes na comunidade para a pessoa idosa/família, ou como concretizar essa articulação.

Com a elaboração da avaliação multidimensional da pessoa idosa através da utilização de instrumentos de avaliação, permitiu – me alcançar um melhor conhecimento da pessoa idosa/família, nos seus vários domínios e contextos que a influenciam, quer a nível do seu bem-estar físico como psicossocial. A realização deste estágio possibilitou-me ir de encontro às particularidades da pessoa idosa e como estas devem fazer parte em todo o processo de cuidados.

Foi também importante

Nesse sentido foi também importante observar que no essencial a realização deste estágio se tornou importante e muito útil para a etapa profissional que se segue, contribuindo sobremaneira para o meu processo formativo a nível da aquisição de conhecimento e competências no cuidado à pessoa idosa/família em situação de doença no domicílio.

A aquisição de competências como enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa no contexto de cuidados de saúde primários, foi de extrema importância, tendo-me possibilitado a reflexão crítica e o questionamento das práticas, facilitando desta forma uma melhor prática de cuidados de qualidade para as pessoas idosas/família.

Num mundo complexo como o atual, é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento autêntico das competências que lhe são adstritas, para as poder desenvolver, consolidar e contribuir dessa forma para uma praxis marcada por níveis elevados de qualidade, com padrões de atuação sólidos e válidos, que exigem uma mobilização constante de conhecimentos baseados na evidência.

Apêndice VII – Estudo de Caso I

ESTUDO DE CASO EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Colheita de dados

Todos os dados foram colhidos no domicílio quando se realizaram as visitas domiciliárias pela equipa de enfermagem da Equipas de Cuidados Continuadas Integrados (ECCI), ao idoso e família. Na primeira visita foi pedida autorização e consentimento informado oral, respeitando a confidencialidade e o anonimato idoso e família.

Durante as visitas domiciliárias realizadas a casa do Sr. GG apresentei sempre um fardamento discreto que não constituísse uma barreira, solicitei sempre licença para entrar e em todos os momentos de contato foram na presença da filha e da esposa.

No final dos períodos de avaliação deu conhecimento ao Sr. GG e a família das escalas utilizadas e dos scores/pontuações obtidas das mesmas para realizar a avaliação multidimensional da pessoa idosa. Isto permitiu verificar em conjunto das alterações em relação ao padrão ou pontuação considerada normal e sobre eles fomos conversando e refletindo.

A primeira parte de um processo de enfermagem é a anamnese, na qual a colheita dos dados permite ao profissional de saúde identificar problemas, determinar diagnósticos, planear e implementar a sua assistência (Santos et al, 2011).

O Sr. GG tem 75 anos, nascido em Janeiro de 1941 é do sexo masculino, caucasiano, natural do distrito (Y). É casado há mais de 50 anos e vive com a esposa natural do distrito (X). Reformou-se aos 65anos e continuou a ajudar a esposa no café que era proprietária. Conheceram-se no distrito (Y) onde casaram e ficaram a morar. O Sr. GG tem 3 irmãos mas que tem pouco relacionamento, são filhos de pais diferentes. Tinha 3 filhas mas há cerca de 20 anos faleceu uma filha com doença fulminante.

Frequentou a escola até ao 9.º ano. Viveu fora do país (D) onde era motorista, profissão que veio exercer em Portugal e ajudava também a sua esposa que tinha café de bairro.

Atualmente vive num prédio no rés-do-chão, com rampa e escadas com barra de segurança. A casa tem 2 quartos, uma sala, uma casa de banho com poliban e uma cozinha. A casa apresentava boas condições de salubridade e higiene e está adequada a sua condição física. É a esposa que cuida da casa e da confeção dos alimentos.

Atualmente a principal cuidadora é a filha que vive perto da sua casa. É casada e o marido trabalha fora do país e tem dois filhos. É a sua filha que presta os cuidados de higiene, faz os posicionamentos, faz a gestão terapêutica e o acompanha as consultas e tratamentos. Filha encontra-se desempregada. Segundo o Sr. GG não fazia sentido contratar outra pessoa porque a filha tem experiência no trabalho com os idosos. A outra filha trabalha na região (V) e só vem ao fim de semana com os netos, está divorciada. O Sr. GG gosta muito do fim-de-semana é quando a família se reúne e vê os netos.

O Sr. GG gosta de ver televisão, de ir ao café depois do almoço que faz 2 a 3 vezes por semana e de ler jornais desportivos. Vai a missa todos os fins-de-semana com a ajuda da filha.

Em relação aos cuidados de saúde é seguido nos cuidados de saúde primário na sua área de residência e pelo cardiologista no hospital da sua área de residência.

A filha refere que o pai não tem problemas económicos que vive da sua reforma e das economias que o casal amealhou.

A seguir é apresentado o Genograma (figura 1) onde se identifica as relações e ligações dentro do sistema familiar e o Ecomapa (figura 2) onde se verifica as relações e ligações da família com o meio em que vive o idoso.

Wright & Leahey (2013) fundamentam a pertinência na elaboração do genograma e do ecomapa, referindo que é uma prioridade para os cuidados de enfermagem, que as informações a ser recolhidas devem ser relevantes para a família ou para o problema de saúde.

Figura 1. Genograma

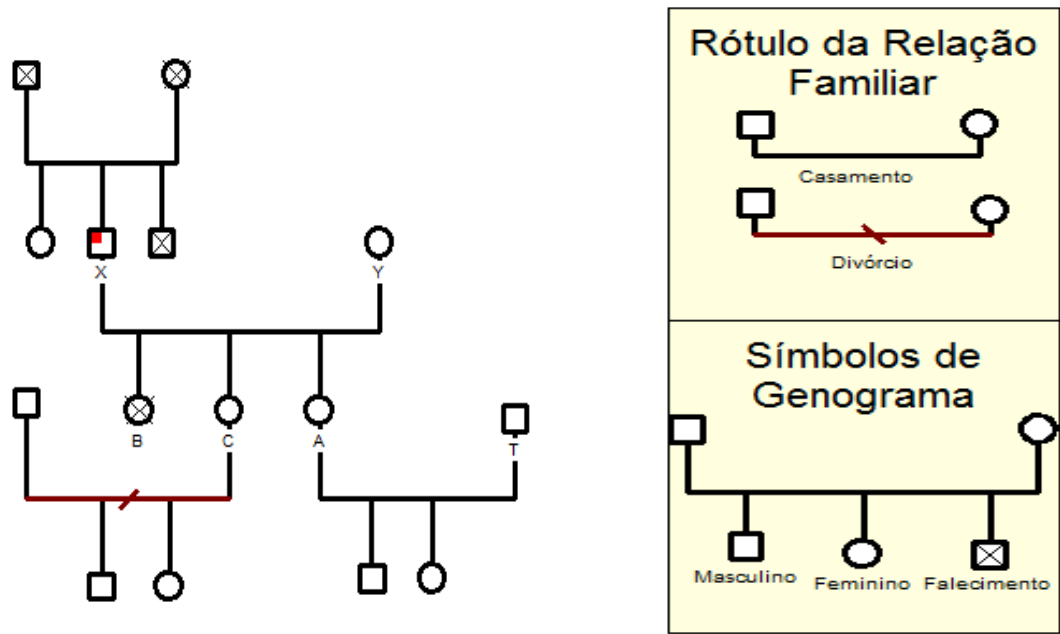
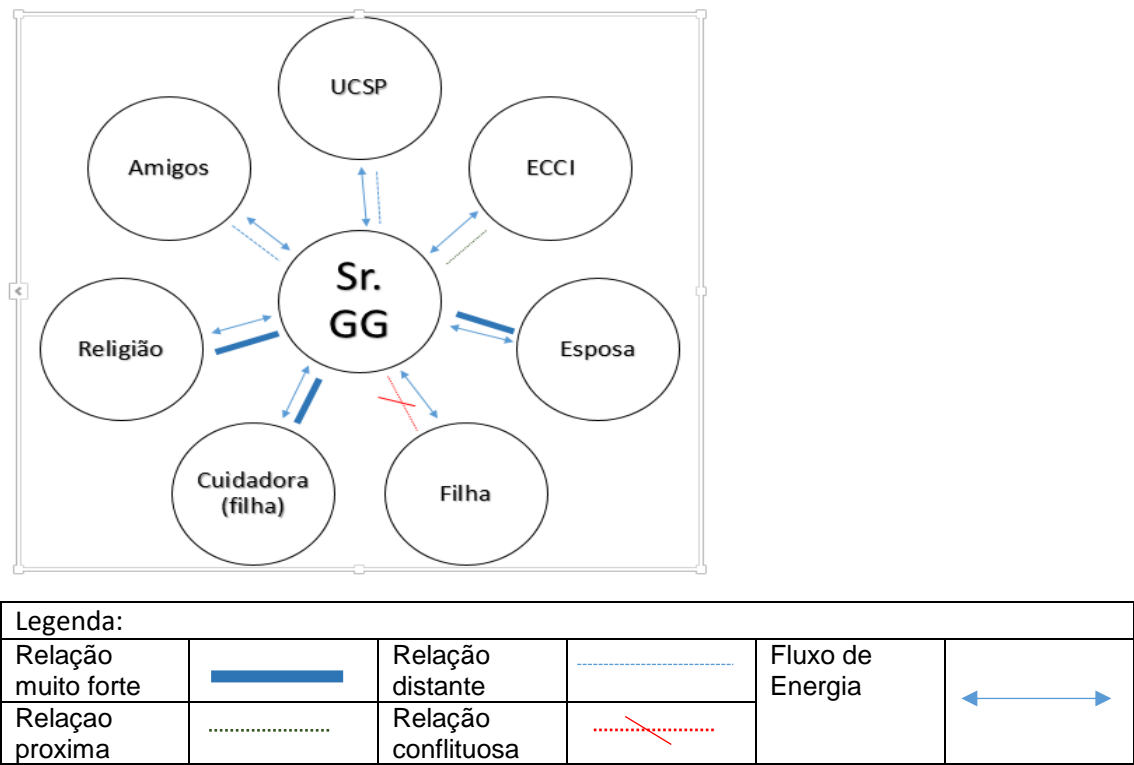


Figura 2. Ecomapa



Antecedentes e doenças atuais

O Sr. GG esteve internado num Hospital de Lisboa com diagnósticos de Embolia Pulmonar, Pneumonia e Enfisema Pulmonar. Teve alta hospitalar em setembro de 2017, onde foi referenciado para a Equipa Cuidados Continuados Integrados para capacitação do cuidador nos cuidados e gestão do regime terapêutico.

Este contato com o idoso/família/ cuidador é realizado habitualmente no domicílio nas primeiras 48h após a referenciação. E é neste contato que a equipa recolhe a informação disponível, faz os esclarecimentos indispensáveis relativamente aos serviços de saúde e à equipa de ECCL e dá início ao processo de enfermagem faz-se avaliação, definem-se diagnósticos, planeia-se e agendam-se intervenções. Neste primeiro contato foi logo definido que se iriam realizar 2 vezes por semana as visitas ao domicílio pela equipa.

Sendo a filha, sua cuidadora, responsável por todos os cuidados, incluindo a aspiração de secreções e a utilização do couff assistir. A capacitação do cuidador foi feito no hospital, e quando da primeira visita pudemos observa-la na realização destes mesmos cuidados, apenas esclarecer dúvidas.

Refere cansaço fácil a médios esforços (caminhar, subir e descer escadas) e apresenta secreções amareladas em moderada quantidade que expele. Veio para domicílio com aporte de oxigénio 24h a 2l/min.

Idoso com antecedentes pessoais:

- Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico (2009) com afasia de expressão e sequelas motoras (desloca-se com bengala); Hipertensão Arterial; Dislipidémia; Ex-fumador; *Pacemaker* Cardíaco in Situ (junho de 2017); Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

Idoso tem como alergias conhecidas Penicilinas, Cefalosporinas, Carbapenemos, não conhece alergias alimentares. Não tem hábitos aditivos.

O Sr. GG não se lembrava dos antecedentes familiares foi a esposa que nos deu a informação. Esta referiu que o pai do marido teve AVC e faleceu logo a seguir

e a mãe era hipertensa e diabética. Sem outros casos conhecidos na família e sem registo de outras patologias hereditárias.

Avaliados sinais vitais estavam dentro dos parâmetros normais.

Altura	1,62m
Peso	83kg
IMC	31,6 (Obesidade)
Sinais Vitais	
Pressão Arterial (PA)	110(sistólica) mm Hg/56 (diastólica) mm Hg
Frequência Cardíaca (FC)	60 bat./min
Frequência Respiratória (FR)	25 ciclos/min
Temperatura	36,3 °C
Saturações de Oxigénio	91 %
Dor	Sem dor

No domicílio realiza o seguinte esquema terapêutico:

	Medicamento	Grupo	Via de administração	Dose	Horário
1	Pantoprazol	Protetor gástrico	Oral	20 mg	1x dia JEJUM
2	Atorvastatina	Antidislipidémico	Oral	20 mg	1 x dia JANTAR
3	Rivaroxabano	Antitrombóticos	Oral	20 mg	1 x dia LANCHE
4	Escitalopram	Antidepressivo	Oral	20 mg	1 x dia PEQUENO-ALMOÇO
5	Brometo de Ipratrópio (Atrovent)	Broncodilatador	Oral	20 Microgramas/dose	3x dia PEQUENO-ALMOÇO LANCHE DEITAR
6	Fluticasona +Salmetero I (Seretaide)	Broncodilatador	Oral	250/50 Microgramas/dose	2 x dia PEQUENO-ALMOÇO DEITAR
7	Baclofeno	Relaxante Muscular	Oral	10 mg	2 X dia PEQUENO-ALMOÇO JANTAR
8	Acetilcisteína	Mucolíticos	Oral	600mg	1 x dia ALMOÇO
9	Tansulosina	Bloqueador $\alpha 1A$	Oral	0.4 mg	1 x dia ALMOÇO
10	Oxigenoterapia contínua a 2l/min				

A medicação prescrita após o internamento não sofreu alteração, exceto o aporte de oxigénio e os inaladores. Os inaladores são feitos pela filha porque o Sr. GG refere que tem dificuldade em fazer.

Hábitos de vida da pessoa idosa

A avaliação multidimensional do idoso é um processo geral e amplo que envolve o idoso e a família e que tem por objetivo o diagnóstico funcional, ou seja, descobrir problemas que, por serem atribuídos ao processo de envelhecimento, não são abordados de forma adequada, e o estabelecimento de um plano de cuidados com respostas mais completas e adequadas a cada situação.

A avaliação multidimensional do idoso permite uma avaliação da sua funcionalidade, ou seja de todas as funções do corpo, atividades e participação social, e a sua incapacidade, isto é, as deficiências, limitações na realização das atividades ou restrições sociais (Moraes, 2008). A informação obtida permitirá a compreensão da situação da pessoa idosa, a definição de objetivos comuns e o planeamento de intervenções.

O Sr. GG é orientado no tempo, espaço e pessoa, com comportamento adequado apresenta afasia de expressão. A comunicação é feita com ajuda de gestos. À observação, a Sr. GG apresenta cabelo encaracolado mas corte muito pequeno, pele e mucosas coradas e hidratadas, com integridade cutânea. Refere diminuição e diminuição da acuidade visual bilateralmente utiliza óculos. Sem alterações no olfato ou tato. A nível da higiene pessoal a aparência é cuidada, o Sr. GG conta com a ajuda da filha para a realização da higiene na casa de banho e apesar da hemiparesia a esquerda o idoso recuperou grande parte da sua autonomia.

A nível respiratório apresenta cansaço fácil a médios esforços, com secreções em moderada quantidade que tem dificuldade em expelir. A filha (cuidadora) aspira as secreções em SOS de acordo com as indicações dadas no hospital e validadas pela equipa da ECCI. Teve que descansar por períodos durante a conversa.

O Sr. GG refere ter dor às mobilizações relacionado com a imobilidade, refere permanecer grandes períodos sentado no sofá, avaliação da **escala da dor numérica** valor 3. Mas faz medicação prescrita com efeito.

Mantém conversa serena, olhar triste, com períodos de silêncio quando fala do AVC que teve, pelo que considere importante avaliar o impacto psicológico e afetivo, tendo sido aplicada a Escala de Depressão Geriátrica, versão curta, obtendo-se um

score de 13, indicador de depressão grave. Quando fala das filhas e dos netos esboço sorriso e apresenta brilho nos olhos. Refere que dorme habitualmente durante toda noite sem necessidade a terapêutica mas que hospital chegou medicação para dormir.

No contexto da avaliação multidimensional do idoso considerei pertinente avaliar as capacidades de memória imediata e recente, de atenção e cálculo e de linguagem, através da escala **Mini Mental State Examination de Folstein**, resultando num score de 25 pontos que, para a população com menos de 11 anos de escolaridade indica ausência de déficit cognitivo.

Para avaliação do grau de autonomia foi utilizada a **Classificação Funcional da Marcha de Holden**, o Sr. GG apresenta marcha de categoria 2, dependente nível 1, necessitando de ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana, para manter o equilíbrio e a coordenação. O Sr. GG utiliza uma bengala para ajudar na marcha.

Utilizando o Sr. GG bengala e apresentando dependência na marcha para a avaliação do risco de quedas utilizou-se a **Escala de Morse** e obteve-se um score de 35 pontos, indicador de um nível de risco médio, estando recomendado a implementação de precauções padronizadas contra as quedas.

A utilização da escala funcional permite-nos avaliar a autonomia do idoso em realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade a **escala de Lawton & Brody**, cujo score 1 revela dependência grave na realização das suas tarefas como fazer compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização dos meios de transporte, manejo da medicação e na responsabilidade de assuntos financeiros, o Sr. GG é capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar.

O **índice de Barthel** é um instrumento que nos permite avaliar o nível de independência para a realização de dez atividades básicas de vida. O score obtido foi 13, o Sr. GG apresenta dependência moderada para realizar as atividades básicas, necessitando de ajuda em algumas atividades como a higiene, a alimentação e eliminação vesical, uma vez que é incontinente (usa fralda).

Considerando o grau de dependência do Sr. GG é importante avaliar o risco de úlceras de pressão, sendo o score da **escala de Braden** de 19 pontos, ou seja, baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Em relação a função nutricional e metabólico doente faz dieta ligeira, prescrita pela médica que fez o acompanhamento no último internamento. Não tem dificuldade na deglutição nem mastigação, sem disfagia a líquidos, utiliza prótese dentária superior e inferior. Normalmente faz 5 refeições diárias (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia) refere gostar de tudo e desconhece alergias alimentares. A avaliação do estado nutricional foi feita através do **Mini Nutricional Assessment MNA da Nestlé**, estado nutricional normal.

O Sr. GG vive com a esposa e durante a noite ficam sozinhos. A esposa apenas cuida do confeção dos alimentos, todos os outros cuidados são realizados pela cuidadora (filha). Perante este contexto pareceu-me pertinente avaliar a sobrecarga do cuidador através da **Escala de Zarit**, atingiu-se um score de 76 num total de 22-110, o que indica uma sobrecarga intensa da Sr.^a SS como cuidadora.

Plano de Cuidados

O plano de cuidados é iniciado no momento da primeira visita domiciliária e é atualizado diariamente até o momento da alta pela ECCI. O plano de cuidados ajuda a tornar visível o esforço conjunto entre a enfermeira e o Sr. GG e família que visam a promoção da sua autonomia.

Para aprofundamento da nossa aprendizagem, na promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, apresentamos de forma esquemática nas tabelas que se seguem, alguns dos problemas, resultados esperados, intervenções de enfermagem e a avaliação das intervenções

PLANO DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Mobilidade física prejudicada relacionada com hemiparesia esquerda e dor osteoarticular, manifestada por necessidade de dispositivo auxiliar de marcha, score 13 no índice de Barthel e score 3 na escala de Lawton & Brody.

RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
<p>-Que o Sr. GG não tenha dor ou apresente uma dor controlada e facilitadora da realização das atividades de vida diárias.</p> <p>-Que o Sr. GG consiga uma dependência parcial nas atividades de vida diárias e instrumentais ou idealmente a independência total.</p> <p>- Que o Sr. GG possa subir e descer escadas em segurança e de forma autónoma.</p> <p>- Que o Sr. GG alcance de forma autónoma ou com supervisão à rua, diminuindo o isolamento, promovendo a socialização</p>	<p>- Incitar a toma de analgesia;</p> <p>- Supervisionar e Incentivar que o Sr. GG realize levante diário para o cadeirão</p> <p>- Incentivar o Sr. GG a realizar exercícios de mobilização ativa (membros superiores e inferiores), enquanto está sentado ou em repouso no leito;</p> <p>- Sessão de treino com enfermeira da atividade de descer e subir escadas, de forma a capacitar a Srª E. para a realização da mesma;</p> <p>- Criar oportunidades de subir e descer as escadas do domicílio acompanhado;</p> <p>- Avaliar as capacidades para o autocuidado: higiene, posicionar-se, transferir-se, alimentar-se;</p> <p>- Incentivar a realização das atividades que consegue;</p> <p>- Dar tempo e espaço para que o faça sozinho com supervisão;</p> <p>- Reforçar positivamente os progressos efetuados pelo Sr. GG;</p> <p>- Avaliar a dor nas visitas domiciliárias.</p>	<p>O Sr. GG faz analgesia de acordo com prescrição médica e tem dor controlada;</p> <p>Faz levante diário para o cadeirão com ajuda moderada da filha;</p> <p>Sempre que a filha o incentiva ele realizada exercícios de mobilização ativa;</p> <p>Realiza com ajuda moderada o banho no poliban;</p> <p>Duas vezes por semana faz reabilitação com a Enfermeira Especialista em Reabilitação, onde faz treino de marcha;</p> <p>Família muito motivada na recuperação do Sr. GG esclarecendo dúvidas e recetiva as sugestões apresentadas;</p> <p>O Sr. GG apresenta dor de grau 2 na escala numérica e na seguinte visita sem dor;</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Risco de queda relacionado com dor osteoarticular e diminuição do equilíbrio e coordenação na marcha, manifestada por r risco de queda de nível médio na escala de Morse.

RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
Que o Sr. GG não apresente quedas.	<ul style="list-style-type: none">- Reforçar a importância da marcha por períodos ao longo da casa e da correta utilização da bengala;- Explicar a importância de manter os percursos dentro de casa desobstruídos de objetos para que possa mobilizar-se em segurança como tapetes;- Incentivar o uso de calçado e adequado para que se desloque confortavelmente e em segurança;- Incentivar os cuidadores a supervisionarem e a estimularem o Sr. GG a mobilizar-se de forma segura;- Informar sobre os efeitos secundários da medicação que potenciam o risco de queda;- Reforçar positivamente os progressos efetuados pelo Sr. GG;- Avaliar periodicamente nas visitas domiciliárias o risco de queda do Sr. GG (Escala de Morse);- Avaliar a marcha através da Classificação Funcional da Marcha de Holden.	<ul style="list-style-type: none">- A filha do Sr. GG removeu os tapetes da sala e quarto e os objetos que possam interferir nos seus percursos habituais;- O Sr.GG deambula de forma correta coma bengala;- O Sr. GG apresenta médio risco de Queda (escala de Morse - 40 valores);- O Sr. GG não apresentou queda;

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Gestão do regime terapêutico comprometido relacionado score 3 na escala de **Lawton & Brody** e polimedicação, manifestada por desconhecimento da cuidadora.

RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">- Que o Sr. GG tome a terapêutica corretamente;- Que a cuidadora do Sr. GG detenha conhecimentos par assegurar o regime terapêutico e esteja desperta para os efeitos secundários;- Que a cuidadora cumpre corretamente a administração da terapêutica.	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar o conhecimento sobre regime terapêutico do idoso e cuidadora;- Avaliar as capacidades do Sr. GG e da filha para fazer gestão do regime terapêutico, através da verificação dos registos que a filha faz diariamente- Informar sobre efeitos secundários da medicação;- Esclarecer dúvidas;	<ul style="list-style-type: none">- O Sr. GG procura cumprir as orientações que são dadas pela equipa da ECCI;- Filha do Sr. GG fez registo diário dos sinais vitais e da terapêutica administrada, verificados os registos estavam corretos;

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Risco de úlcera de pressão relacionado com imobilidade, manifestada por resultado da aplicação da escala de Braden.

RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
- Que o Sr. GG não venha a desenvolver úlcera de pressão;	Avaliar risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden de 3/3 dias; - Vigiar sinais de úlcera de pressão; - Hidratar a pele; - Incentivar a alternar posicionamentos; - Registrar o valor da escala de Braden;	- Sr. GG com pele íntegra e hidratada; Escala de braden: score 19

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Depressão Grave, identificada pelo score 13 na Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage manifestado por recusa em sair diariamente ao café, tristeza. O período de avaliação de 2-10-2017 a 13-10-2017.

RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
- Que o Sr. GG consiga manter a rotina de ir ao café apos o almoço diariamente; - Diminuir sentimentos depressivos; - Identificar os recursos internos (familiares) e externos (comunidade) disponíveis; - Prevenir o isolamento social	- Facilitar a expressão de emoções e dificuldades; - Elogio dos esforços na socialização; - Promoção da esperança na manutenção da sua autonomia e independência; - Incentivo á manutenção do acompanhamento psicológico; - Ensino sobre a gestão terapêutica prescrita (antidepressivo, analgésico).	- Sr. GG identifica momentos de tristeza; - Foi ao café 3 vezes durante este período de avaliação e refere que lhe fez bem; - Cumpre terapêutica prescrita; - Foi a uma consulta de psicologia;

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Dor muscular generalizada relacionada com imobilidade, avaliação da escala de dor intensidade 3. O período de avaliação de 2-10-2017 a 13-10-2017

RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
Que o Sr. GG não apresente dor;	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação da dor do Sr. GG em todas as visitas da equipa da ECCI;- Incentivo da importância da atividade física;- Incentivo ao adequado controle da dor;- Reforço positivo nos progressos;- Identificação, encaminhamento/informação ao médico para um adequado controlo da dor, se necessário;	<p>O Sr.GG identifica as situações de dor;</p> <ul style="list-style-type: none">- Cumprir o regime terapêutico de analgesia;- Realiza períodos de marcha;- Saiu a rua na companhia da filha;- Avaliada a escala da dor: intensidade 2;

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Sobrecarga do cuidador, identificada pela aplicação da escala de Zarit (sobrecarga Intensa). O período de avaliação de 2-10-2017 a 13-10-2017

RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	Avaliação
<ul style="list-style-type: none">- Diminuir a sobrecarga sobre a cuidadora;- Identificar os recursos internos (familiares) e externos (comunidade) disponíveis;- Prevenir o Isolamento social da cuidadora;- Prevenir a depressão;	<ul style="list-style-type: none">- Encorajar a Srª SS a falar dos sentimentos em relação ao cuidado que tem com o seu pai;- Encorajar a formação de um sistema de apoio, mobilizando outros elementos da família;- Promover a interação social;- Informar sobre os recursos disponíveis na comunidade;	<ul style="list-style-type: none">- A Srª SS. comprometeu-se em envolver mais a mãe e a irmã nas questões relacionadas com o seu pai;- Em caso de agravamento do estado clínico do seu pai sabe que pode recorrer à equipa da ECCI;- Que a Srª SS retoma as suas aulas de costura;

Referências Bibliográficas

- Entidade Reguladora de Saúde – ERS. (2015). Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos. Porto. Retrieved from www.ers.pt.
- Fulmer, Wallace* (2007) Fulmer SPICES a framework of six marker conditions can help focus assessment of hospitalized older patients *Advanced Journal of Nursing* 107 (10) 40-48.
- GERMI (n.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 01-10-2017. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- Machado, S. C. G. (2012). Avaliação da sobrecarga do cuidador informal, no desempenho de suas funções, à pessoa idosa dependente, no conselho de Santana (Dissertação de Mestrado, Centro de Competência de Tecnologia da Saúde, Universidade da Madeira).
- Matos, P. S. G. & Martins, M. R. O. (2015). Estimação dos custos dos internamentos hospitalares associados à hipertensão arterial na População Portuguesa Continental entre 2006 e 2012 e fatores associados. *Portugal Saúde em números*.
- Mauerberg-de Castro, E.* (2011). *Atividade Física Adaptada*, 2 ed. Ribeirão Preto: Editora Novo Conceito em Saúde, nº 3. Mendley. (sd). Módulo IV: Doenças Cardiovasculares. Consultado em 20.01.2018: <https://www.google.pt/search?q=Programa+de+Desenvolvimento+Profissional+Ao+Farmac%C3%AAutico&oq=Programa+de+Desenvolvimento+Profissional+Ao+Farmac%C3%AAutico&sourceid=chrome&ie=UTF-8#hl=pt-PT&tbo=d&sclient=psy-ab&q=Programa+de+Desenvolvimento+Profissional>.
- Meleis, A.* (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. USA: Springer Publishing Company.
- Moharman, D. E., & Heller, L. J.* 2007. *Cardiovascular Physiology*. London: McGraw-Hill.

- Moraes, E. (2012). Atenção à Saúde do Idoso. Aspectos Conceituais. Organização Pan-Americana da saúde. Ministério da saúde, Brasília/DF.
- Moraes, E., Marino, M., Santos, R. (2010). Principais síndromes geriátricas. Revista Medicina de Minas Gerais, Vol. 20 (1), 54-66.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, 2.ª Série, N.º 35 de 18 de Abril de 2011, pp. 8648 – 8653.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Organização Pan-americana da Saúde, Brasília/DF.
- Payne, S. (2010). White Paper on improving support for family carers in palliative care. European journal of Palliative Care, 17 (5), 238-245.
- Quintana, J. F. 2011. A relação entre hipertensão com outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e tratamento pela psicoterapia cognitivo comportamental. *Rev. Sociedade Brasileira Psicologia Hospitalar*, vol. 14, nº 1.
- Rafid Al-queedi. (2011). Characteristics, management and outcomes of patients with acute coronary syndrome and prior coronary artery bypass surgery: findings from the second Gulf Registry of Acute Coronary Events. *Interact Cardiovasc. Thorac. Surg.*, 15 (6) pp. 611-618.
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel-edições técnicas, Lda.
- Veloz, M., Nascimento-Schulze, C. & Camargo, B. (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Reflexão e Crítica*, 12 (2), 479-501
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública*, 43 (3), 548-54.
- Wight, L. M., & Leahey, M. (2013). Nurses and Families A Guide to Family Assessment and Intervention (6th ed.). Philadelphia, PA FA Davis Company.

Apêndice VIII – Avaliação multidimensional da pessoa idosa

Avaliação multidimensional da pessoa idosa- INSTRUMENTOS

A elaboração deste documento surge da necessidade de um maior aprofundamento de conhecimentos sobre os instrumentos existentes para uma avaliação multidimensional da pessoa idosa e de uma seleção criteriosa das escalas que fossem mais pertinentes durante a realização do estágio.

O envelhecimento surge associado a um processo marcado por alterações a nível biológico, psicológico e social, ocorre ao longo do tempo, de forma progressiva, e que varia de pessoa para pessoa, não envelhecem todas da mesma forma.

Dada a importância de uma avaliação multidimensional, a Direção Geral de Saúde através do Programa Nacional para a Saúde da Pessoa Idosa (2006) menciona a importância que os cuidados de saúde estejam habilitados para o atendimento e prestação dos melhores cuidados à população idosa, tendo em atenção a sua complexidade e multidisciplinariedade.

A avaliação multidimensional da pessoa idosa permite adquirir uma visão mais holística, promovendo a compreensão da sua recuperação proporcionando orientações para as intervenções a desenvolver (*Shyu et al.*, 2010).

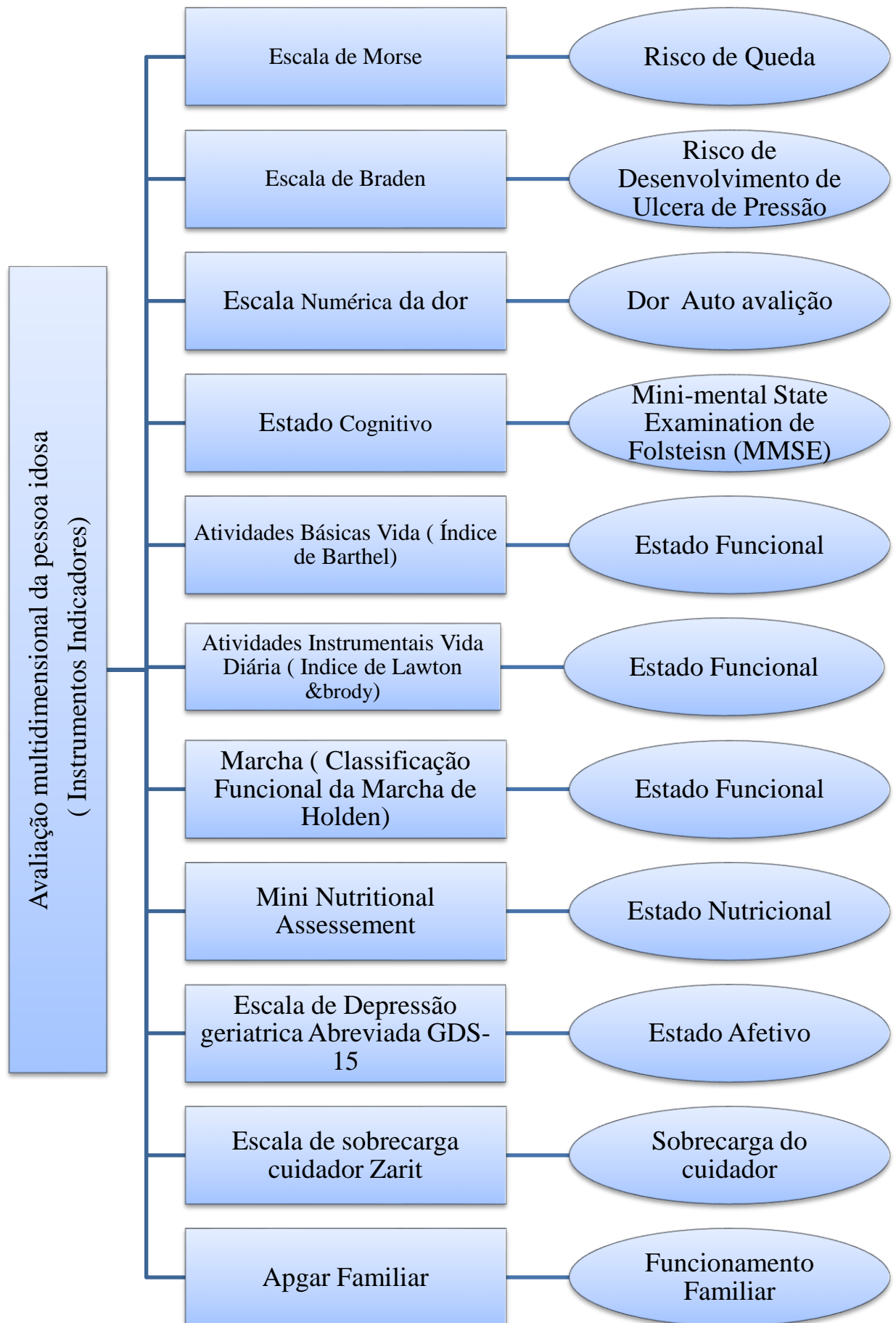
O enfermeiro através desta avaliação identifica as vulnerabilidades/fragilidades da pessoa idosa ao nível: clínico, fisiológico, funcional, social e mental, com o propósito de desenvolver um plano de intervenções orientadas e com monitorização da sua evolução (Botelho, 2000).

Não podemos esquecer que é primordial o desenvolvimento de uma relação terapêutica e de confiança entre o profissional de saúde a pessoa idosa e/ou sua família, que tenha por base o respeito pelas suas crenças e valores e exista compreensão e partilha de conhecimentos (*McCormack*, 2003).

Um conhecimento mais preciso o estado do idoso e os seus problemas, possibilita uma resposta mais completa e adequada dos profissionais e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida para o idoso.

Segundo Sequeira (2010) a aplicação dos instrumentos de avaliação presumem um rigor científico, tendo em conta esta premissa foram selecionados os instrumentos de avaliação geriátrica os que são disponibilizados pelo Núcleo

de Estudos de geriatria da Sociedade Portuguesa de medicina Interna (GERMI, sd) e outras fontes que foram consideradas relevantes.



1. Risco de Queda - Escala de Morse

A escala de Morse é um instrumento que permite avaliar o risco de queda, que contempla seis parâmetros: história de queda nos últimos três meses, existência de diagnóstico secundário, necessidade de ajuda na mobilização, terapêutica endovenosa, características da marcha e estado mental.

A pontuação mínima é de 0 pontos e a máxima de 125. A soma dos vários parâmetros vai determinar o nível de risco da queda: Baixo Risco (0-24); Médio Risco (25 a 50) e Elevado Risco (superior ou igual a 51).

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarrilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Referência bibliográfica: Costa-Dias, M.J.M. et al. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência, maio/junho 2014, série IV, nº2, pp. 7-17.

2. Risco de desenvolvimentos de Úlcera de Pressão- Escala de Braden

A Escala de Braden tem como propósito avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. A DGS (2011) emitiu uma orientação onde recomenda a sua utilização e elucida os princípios orientadores.

A escala de Braden deve ser aplicada em meio hospitalar ou em meio domiciliário, e deve ser aplicada no momento da admissão do doente aos cuidados e de acordo com a DGS (2011) deve obedecer as seguintes orientações:

Internamentos Hospitalares	48/48 Horas
Serviços de urgência e Unidade de Cuidados intensivos	24/24 Horas
Unidades de cuidados Continuados e Paliativos	48/48 Horas
Cuidados Domiciliários	Semanalmente
Doentes que não permaneçam mais de 48h no serviço	Apenas se existir alguma intercorrência

A pontuação total varia entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco) e contempla seis dimensões: perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, fricção e forças de deslizamento.

O score obtido na avaliação da escala permite classificar o nível de risco:

- Inferior ou igual a 16 – Alto Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão;
- Superior ou igual a 17 – Baixo Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se rebela nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamados: O doente está confinado à cama.	2. Sentados: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda mínima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989;
Versão Portuguesa 2001. Carlos Mergalo, Cristina Mergalo, Pedro Pereira, João Gomes, Kátia Portado
Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEIUSC)

Referência bibliográfica: DGS (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação nº 017/2011 de 19/05/2011. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

3. Dor – Escalas de Avaliação

Em 2003 a DGS emite uma circular normativa que institui a “Dor como 5º Sinal Vital”. Esta circular refere ainda as escalas que deverão ser utilizadas na avaliação da intensidade da dor, dando algumas instruções básicas sobre a sua utilização. A avaliação da intensidade da dor deve ser realizada regularmente, recorrendo sempre que for possível à avaliação pela própria pessoa.

Todos os tipos de Dor induzem sofrimento que poderá ser evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes. A mensuração da intensidade da Dor, poderá ser através de várias escalas. Nomeadamente:

Escala Qualitativa

Nesta escala pede-se a pessoa idosa que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. O doente escolhe aquele que melhor classifica a sua dor.

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
----------------	--------------------	---------------------	--------------------	-------------------

Escala Numérica

A Escala Numérica compreende uma régua dividida em onze partes iguais, numeradas de 0 a 10. Em que o “0” é estar sem dor, e “10” a dor máxima, pede-se a pessoa idosa que classifique a sua dor no momento.

Escala Numérica

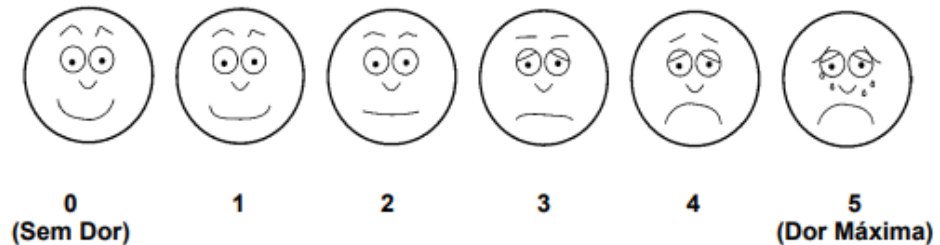
Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------

Escala de Faces

Na Escala de Faces, utiliza-se a face para que a pessoa idosa classifique a sua intensidade de dor de acordo com a expressão que cada uma representa.

A expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”.

Escala de Faces



Referência Bibliográficas: DGS (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

4. Mini – Mental State Examination de Folstein (MMSE)

O *Mini- Mental State Examination* é utilizado na prática clínica como instrumento de referência em pessoas idosas. Este instrumento permite avaliar a orientação (temporal e espacial), retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Salientamos que avalia oito de onze principais aspetos do estado cognitivo, omitindo a abstração, julgamento e expressão.

A cada resposta correta é atribuído com um ponto, em que o score total varia entre 0 e 30 pontos, permitindo a avaliação do défice cognitivo em função do grau de escolaridade: Analfabetos: inferior ou igual a 15 pontos; 1 a 11 anos de escolaridade: inferior ou igual a 22 pontos e Escolaridade superior a 11 anos: inferior ou igual a 27 pontos.

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

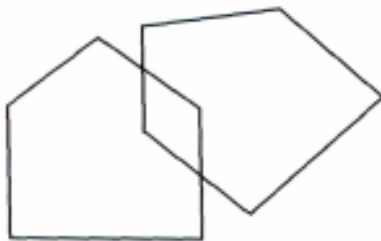
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

<p><u>Considera-se com defeito cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• analfabetos ≤ 15 pontos• 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22• com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Referência Bibliográfica: GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 10-10-2017. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

5. Atividades Básicas Vida – Índice de Barthel

O índice de Barthel é um instrumento utilizado para avaliar a capacidade funcional para a realização de dez atividades de vida diária nomeadamente: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

A versão utilizada foi desenvolvida por *Wade & Collin* em 1998, mas foi traduzida e validada para a população portuguesa por Araújo et al., (2007).

A pontuação varia entre a (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente): 0-8: Total Dependência; 9-12: Dependência Grave; 13-19: Dependência Moderada; 20: Independência total.

- Índice de Barthel		Pontuação
Alimentação		
Independente	<input type="checkbox"/>	10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/>	5
Dependente	<input type="checkbox"/>	0
Transferências		
Independente	<input type="checkbox"/>	15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/>	5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/>	0
Toalete		
Independente a fazer a barba, lavar a cara ou escovar os dentes	<input type="checkbox"/>	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	0
Utilização do WC		
Independente	<input type="checkbox"/>	10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	5
Dependente	<input type="checkbox"/>	0
Banho		
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/>	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	0
Mobilidade		
Caminha 50 metros sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/>	15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/>	10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros	<input type="checkbox"/>	5
Imóvel	<input type="checkbox"/>	0
Subir e descer escadas		
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/>	10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/>	5
Dependente	<input type="checkbox"/>	0
Vestir		
Independente	<input type="checkbox"/>	10
Com ajuda	<input type="checkbox"/>	5
Impossível	<input type="checkbox"/>	0
Controlo intestinal		
Controla perfeitamente	<input type="checkbox"/>	10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/>	5
Incontinente ou precisa de ajuda de clisteres	<input type="checkbox"/>	0
Controlo urinário		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado, desde que maneje a algália sozinho	<input type="checkbox"/>	10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/>	5
Incontinente ou algaliado (sendo incapaz de manejar algália)	<input type="checkbox"/>	0

Referência Bibliográfica: Araújo, F; Ribeiro, J.; Oliveira, A. ; Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 25 (2). 59-65.

6. Atividades Instrumentais Vida Diária – Índice de Lawton & Brody

O Índice de *Lawton & Brody* é utilizado para avaliar a autonomia da pessoa idosa para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, em que a informação pode ser obtida através do questionário direto á pessoa idosa, familiares ou cuidadores.

Estas atividades são designadas de Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD): utilização do telefone, realização de compras, preparação de refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização meio de transporte, manejo da medicação e responsabilidade de assuntos financeiros.

A pessoa idosa é classificada de acordo com o nível de dependência para cada AIVD: dependente (0 pontos) ou independente (1 ponto). Cada AIVD tem diferentes níveis dependência. Salienta-se que a avaliação realizada a pessoas idosas do sexo masculino não é considerada as pontuações resultantes das seguintes AIVD: preparação refeições, as tarefas domésticas e a lavagem da roupa.

A pontuação final resulta da soma da pontuação das AIVD. Corresponde ao número de AIVD em que a pessoa idosa é dependente. A classificação é-nos dada de acordo com o seguinte quadro:

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

- ☐ 1 Utiliza o telefone por iniciativa própria
- ☐ 1 É capaz de marcar bem alguns números familiares
- ☐ 1 É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- ☐ 0 Não é capaz de usar o telefone

2- FAZER COMPRAS

- ☐ 1 Realiza todas as compras necessárias independentemente
- ☐ 0 Realiza independentemente pequenas compras
- ☐ 0 Precisa de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- ☐ 0 É totalmente incapaz de comprar

3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- ☐ 1 Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- ☐ 0 Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- ☐ 0 Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- ☐ 0 Precisa que lhe preparem e sirvam as refeições

4- TAREFAS DOMÉSTICAS

- ☐ 1 Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- ☐ 1 Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- ☐ 1 Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- ☐ 0 Precisa de ajuda em todas as tarefas domésticas
- ☐ 0 Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5- LAVAGEM DA ROUPA

- ☐ 1 Lava sozinho toda a sua roupa
- ☐ 1 Lava sozinho pequenas peças de roupa
- ☐ 0 A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- ☐ 1 Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- ☐ 1 É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- ☐ 1 Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- ☐ 0 Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- ☐ 0 Não viaja

7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

- ☐ 1 É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- ☐ 0 Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- ☐ 0 Não é capaz de administrar a sua medicação

8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

- ☐ 1 Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- ☐ 1 Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- ☐ 0 Incapaz de manusear o dinheiro

Referência Bibliográfica: GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 10-10-2017. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

6. Marcha – Classificação Funcional da Marcha de Holden

A avaliação desta escala determina o grau de autonomia da pessoa idosa na marcha, tendo em conta o tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função do tipo de superfície (plana, inclinada, escadas).

Esta informação pode ser obtida pela aplicação direta à pessoa idosa, família, cuidadores ou pela observação direta da marcha. A classificação é feita

através de 6 categorias, tentando-se classificar na categoria que mais se aproxima da sua capacidade para a marcha.

Categoria	Descrição
0 <i>Marcha ineficaz</i>	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
1 <i>Marcha dependente</i> Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação
2 <i>Marcha dependente</i> Nível I	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
3 <i>Marcha dependente com</i> supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 <i>Marcha independente</i> (superfície plana)	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos
5 <i>Marcha independente</i>	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

Nota: assinalar o tipo de ajuda necessário: 1 bengala ou muleta, 2 bengalas ou muletas, andarilho

Referência Bibliográfica: GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 10-10-2017. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

7. Escala para avaliação do estado nutricional – Mini Nutricional Assessment

A Mini Nutricional Assessment permite detetar a presença ou o risco de malnutrição da pessoa idosa, através da aplicação do questionário ao idoso ou família/cuidadores (excluindo as questões sobre a auto percepção), sem necessidade de avaliação dos parâmetros analíticos.

A Escala é constituída por duas partes, a primeira parte (Triagem) é constituída por 6 questões e se a pontuação da triagem for sugestiva da presença ou risco de malnutrição realiza-se a segunda parte do questionário (Avaliação Global), onde se investiga a avaliação com recurso a de 12 questões adicionais. A cada questão é atribuída uma pontuação, cuja soma permite identificar 3 categorias: estado nutricional normal, sob risco de malnutrição e malnutrição.

Caso não seja possível determinar o índice da massa corporal (por exemplo, em pessoas idosas acamadas) pode-se em alternativa usar o perímetro da perna (PP): se for inferior a 31 cm corresponde a 0 pontos e se for superior ou igual a 31 cm corresponde a 3 pontos.

Mini Nutritional Assessment MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "Triagem".
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem		
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>	
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>	
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>	
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>	
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>	
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m) ² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>	
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
12-14 pontos: estado nutricional normal		
8-11 pontos: sob risco de desnutrição		
0-7 pontos: desnutrido		
Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R		
Avaliação global		
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)? 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>	
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>	
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>	
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>	
K O doente consome: + pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? + duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? + carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>	
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>	
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>	
Avaliação global (máximo 18 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Pontuação da triagem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Pontuação total (máximo 30 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Avaliação do Estado Nutricional		
de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/>	desnutrido

Referências
1. Veloso B, Vilhena H, Apellaniz G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Veloso B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (SFMNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M369-377.
3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-467.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland. Trademark Owners.
© Nestlé, 1994. Revision 2009. NEST200 12/99-1/04
Para maiores informações: www.mna-elderly.com

Referência Bibliográfica: GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 10-10-2017. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

7. Escala de Depressão Geriátrica Yesavage- versão curta

Esta escala é utilizada com o objetivo de fazer o rastreio da depressão da pessoa idosa, avaliando aspetos cognitivos e comportamentos frequentemente afetados quando a pessoa idosa está em depressão. A obtenção da informação deve ser feita com recurso a entrevista direta ao idoso que tem tempo de aplicação de 6 minutos.

A versão completa da escala tem 30 questões e a versão mais curta 15. Estas questões tem resposta dicotómica (Sim e Não), em que as respostas que indiciam a existência de depressão corresponde a 1 ponto. A soma das 15 perguntas tem pontuação, correspondendo a três categorias: Sem depressão 0-5 pontos; Depressão Ligeira 6-10 pontos e Depressão grave 11-15 pontos.

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

Referência Bibliográfica: GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 10-10-2017. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

8. Escala de Sobrecarga Cuidador – Escala Zarit

Esta escala permite fazer uma avaliação da sobrecarga objetiva e subjetiva dos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, relacionada com doença crônica e principalmente devido a demência foi traduzida e validada para a população portuguesa por Sequeira (2007).

Nesta avaliação estão incluídos 22 questões sobre a saúde, a vida pessoal e social, a situação financeira, a situação emocional e o tipo de relacionamento, em cada item tem uma pontuação qualitativa a que corresponde uma pontuação qualitativa: Nunca (1); Quase nunca (2); Às vezes (3); Muitas vezes (4) Quase sempre (5). A pontuação total pode variar entre 22 e 110, em que uma maior pontuação corresponde a uma maior percepção de sobrecarga do cuidador.

Esta pontuação permite classificar a sobrecarga do cuidador em três categorias diferentes: Sem sobrecarga <46; Sobrecarga Ligeira 46-56 e Sobrecarga Intensa > 56.

	Item	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase Sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem tarefas para fazer?					
4	Sente-se envergonhado (a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a sua situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					

10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco á vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele (a) pode contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Referência Bibliográfica:

Sequeira, C., (2010). Adaptação e Validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Revista Referência; 12(2):9-16.
Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda; Outubro.

9. Apgar Familiar

A escala de Apgar Familiar foi traduzida e validada para português por Agostinho & Rebelo (1988). Esta permite a avaliação do funcionamento da família através da satisfação expressa pelos seus membros.

Aquando da sua avaliação, nas respostas dadas as 5 questões devem ser atribuídos 2 pontos para “ Quase sempre”, 1 ponto “ Às vezes” e 0 pontos “raramente” , no total da pontuação podemos verificar :

Entre 7 e 10 – família altamente funcional;

Entre 4 e 6 – família moderadamente disfuncional

Entre 0 e 3 – família severamente disfuncional.

	Quase Sempre	Às vezes	Raramente
Estou satisfeito com a atenção que recebi da minha família quando algo me está a incomodar.			
Estou satisfeito com a maneira com que a minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução de problemas.			
Sinto que a minha família aceita os meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças em meu estilo de vida.			
Estou satisfeito com a maneira com que a minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor.			
Estou satisfeito com a maneira com que eu e a minha família passamos o tempo juntos.			

Referências Bibliográficas

- Apóstolo, 2011. Instrumentos de avaliação geriátrica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Apóstolo, et all. 2014. *Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa*. Revista de Enfermagem Referência. IV (3): 65-73.
- Araújo, F.; Ribeiro, J.; Oliveira, A.; Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 25 (2). 59-65.
- Berger, L.; Mailloux-Poirier, D.; Phaneuf, M. (1995) - Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades. Lisboa: Lusodidacta.
- Botelho, M.S.B. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos: caracterização multidimensional em idosos de um centro de saúde urbano*. Porto: Bial.
- DGS (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa n.º: 13/2004 de 02 julho 2004. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido: 01-10-2017. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED94A9F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- DGS (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação nº 017/2011 de 19/05/2011. Direção Geral da Saúde.
- Fulmer, T. (2007). Fulmer Spices. A framework of six 'marker conditions' can help focus assessment of hospitalized older patients. *Journal of American Nursing*, Vol. 107 (10), 40-48.
- GERMI (n.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 01-10-2017. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- McCormack, B. (2003). *A conceptual framework for person-centred practice with older people*. International Journal of Nursing Practice. 9. 202-209.
- Moraes, E. (2012). *Atenção à Saúde do Idoso*. Aspectos Conceituais. Organização Pan-Americana da saúde. Ministério da saúde, Brasília/DF.
- Moraes, E., Marino, M., Santos, R. (2010). Principais síndromes geriátricas. *Revista Medicina de Minas Gerais*, Vol. 20 (1), 54-66.

- Ribeiro, O.; Paúl, C. (2011). Manual de envelhecimento activo. Porto: Lidel.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda; Outubro.
- Shyu, Y. L., Chen, M., Wu, C., & Cheng, H. (2010). *Family caregivers' needs predict functional recovery of older care recipients after hip fracture*. Journal Of Advanced Nursing, 66 (11), 2450-2459. DOI:10.1111/j.1365-2648.2010.05418.x
- SQUIRE, A. - *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência, 2005.

Apêndice IX - Objetivos e atividades desenvolvidas na CCT Y

OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO SERVIÇO DE CCT Y

Objetivo Geral 1 - Desenvolver competências como Enfermeira Especialista e Mestre na prestação de cuidados a pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e/ou família na preparação do regresso a casa.

<i>Objetivos Específicos</i>	<i>Atividades</i>	<i>Estratégias</i>
Aprofundar conhecimentos sobre a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família.	Realização de <i>Scoping Review</i> para mapeamento de evidência científica; Reunião com Enfermeira Chefe para apresentação do projeto; Reflexão sobre as práticas de cuidados de enfermagem á pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família;	Resultados da revisão scoping; Realização de 2 reflexões sobre a prática de cuidados; Registos reflexivos sobre as reuniões tutoriais;
Prestar cuidados de enfermagem á pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família.	Realização de colheita de dados á pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca; Identificação das necessidades da pessoa idosa e família, através do instrumento de colheita de dados do serviço e escalas de avaliação multidimensional do idoso; Realização de estudos de caso; Construção do guia de entrevista; Realização de entrevista a pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família no dia da admissão, 4º dia pós-operatório e no dia da alta; Análise de conteúdo de entrevista; Identificação das necessidades numa perspetiva de regresso a casa; Realização de documento orientador para o regresso a casa; Esclarecimento dos cuidados incluídos no documento; Recolha de informação sobre articulação entre unidades de saúde na comunidade e do hospital na transição de cuidados, nomeadamente após a alta;	Entrevista e Registo da informação; Realização de Planos de Cuidados; Registos de enfermagem; Estudo de caso; Reflexões sobre a prática dos cuidados e sobre as aprendizagens; Documento orientador para o presumível cuidador para dar continuidade ao cuidado; Follow up telefónico;

Objetivo Geral 2 - Contribuir para a promoção de competências na equipa de enfermagem na prestação de cuidados a pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e sua família na preparação do regresso a casa.

<i>Objetivos Específicos</i>	<i>Atividades</i>	<i>Estratégias</i>
Identificar as práticas de cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e sua família, na preparação do regresso a casa.	Observação dos enfermeiros na sua prática de cuidados à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e sua família, na preparação do regresso a casa; Construção de uma grelha de observação dos cuidados de enfermagem; Construção de uma grelha para análise dos registos de enfermagem; Análise do conteúdo através de Bardin para conhecimento dos resultados;	Abranger pelo menos 80% da equipa de enfermagem; Apresentação dos resultados da observação dos resultados obtidos com a análise de conteúdo;
Cooperar para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem na prestação de cuidados a pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e sua família na preparação do regresso a casa.	Apresentação do projeto á equipa de enfermagem e discussão do mesmo; Definição em equipa de estratégias auxiliaadoras para a implementação do projeto junto da equipa de enfermagem; Implementação das estratégias definidas em equipa; Realização de formação em serviço sobre a temática em conformidade com os resultados obtidos da prática;	Participação da equipa de enfermagem pelo menos 85% da equipa de enfermagem em sessões formativas; Registo dos resultados; Documento de avaliação da formação;

**Apêndice X – Reflexão sobre os cuidados prestados á pessoa
idosa submetida a cirurgia cardíaca e família no hospital**

Reflexão sobre os cuidados prestados à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família no hospital

Com o envelhecimento da população surge a necessidade de uma readequação de cuidados, tanto dos serviços como dos profissionais de saúde, visto que muitas vezes temos meios ao nosso alcance que por falta de conhecimento não os utilizamos e quem mais fica a perder é o doente e a família.

Sabendo que o enfermeiro deve ser capaz de refletir sobre a sua prática, ao longo da minha vida profissional refleti sobre várias situações que me levaram a procurar formas de melhorar a prestação de cuidados.

Os cuidados de enfermagem às pessoas idosas devem ter em conta as suas várias dimensões biológicas, psicológicas, sociais, económicas, culturais e políticas do envelhecimento, oferecendo um variado leque de respostas indo de encontro às reais necessidades das pessoas idosas e suas famílias. Muitas vezes na prestação diária de cuidados à pessoa idosa, algumas destas dimensões ficam para segundo plano, pois o nosso foco é a dimensão biológica, doença, sinais e sintomas.

Na avaliação pré-operatória o foco não deveria ser a doença, mas sim, na identificação das morbilidades, de questões relacionadas com a patologia e a avaliação da sua capacidade funcional. De acordo com *Hesbeen* (2001:42) “Cuidar da pessoa, constitui um todo coerente e indivisível no qual todos os componentes se interligam, se interrelacionem e no qual o que é importante e o que é secundário depende da perceção da própria pessoa que é cuidada e em função do sentido que este todo faz para a singularidade da sua vida”.

Durante o internamento a pessoa idosa passa por várias fases, sendo que inicialmente privilegiam a informação, necessitando prioritariamente de compreensão e apoio para lidarem com as alterações que poderão advir após cirurgia cardíaca. Numa outra fase, precisam de cuidados pessoais nas Atividades de Vida Diárias, com afeto, respeito, empatia, escuta e confidencialidade, sendo realizado um planeamento diário de estratégias adequadas, capazes de dar respostas às reais necessidades do idoso/família/cuidador. Em todo este processo, desde a admissão até ao dia da alta, o objetivo é ajudar o doente/família, neste que é um período de transição de doença/saúde, tudo fazendo para que o mesmo ocorra no mais curto espaço

de tempo possível e com menos repercussões negativas na sua qualidade de vida. Não podemos ignorar que o serviço tem cada vez mais pessoas idosas para cirurgia cardíaca eletiva, em que a pessoa de referência é o seu conjugue também ele idoso, ambos com comorbilidades associadas. Segundo Meleis (2010) o envelhecimento não é uma transição em si, pois não é determinado por um dia específico ou pela data de nascimento, mas sim, considera-o como um processo de ganhos e perdas que vão sucedendo ao longo da vida, exigindo tempo para ser apreendido. Assim os enfermeiros constituem-se como aliados privilegiados no apoio às famílias e na adaptação ao processo de saúde- doença do seu familiar, com vista promover, restaurar ou facilitar a saúde.

Em contexto cirúrgico as alterações associadas aos processos fisiológicos do envelhecimento, têm um significado importante, em que no período peri - operatório, pode ocorrer uma diminuição da capacidade de resposta ao *stress* e ao trauma, uma maior necessidade de monitorização intensiva de complicações, um período de recuperação e reabilitação pós-operatória mais lenta e uma necessidade urgente de avaliação exaustiva para prevenir complicações no pós-operatório (Manley & Bellman, 2003). Visto que este procedimento cirúrgico tem como objetivo oferecer ao idoso uma melhor qualidade de vida, de preferência superior à que tinha antes da intervenção, possibilitando não só mais alguns anos de vida mas também a possibilidade de desfrutar mais alguns anos de vida com melhor qualidade (Manley & Bellman, 2003).

É da responsabilidade do enfermeiro identificar as necessidades de cuidados da pessoa idosa, estabelecer prioridades no cuidado, elaboração de diagnósticos de enfermagem, planear e executar intervenções de enfermagem dirigidas e individualizadas às características particulares, sociais e culturais das pessoas idosas e famílias, estas, também alvo de cuidados. Para Berger (1995:14) “ a filosofia de intervenção que suporta a assistência de enfermagem é o respeito pelo idoso em toda a unicidade, na totalidade do seu ser”.

Atualmente o que se verifica é um serviço com poucos enfermeiros por turno, em que a cada enfermeiro é atribuído um elevado número de doentes, onde se privilegiam os cuidados ao doente, em prol dos registos dos cuidados prestados. De acordo com Lueckenotte (2002), uma avaliação cuidadosa do doente e família centrada em diagnósticos de enfermagem e alicerçada em

conhecimentos profundos gerontológicos é fundamental para a identificação das respostas dadas que facilitem reconhecer necessidades não atendidas. Durante a minha prestação de cuidados à pessoa idosa e família, pude acompanhar vários doentes desde o dia de admissão no serviço até a alta, e nesse período pude constatar que o tempo que disponibilizava era superior em comparação, a um doente que não era idoso, quer no tempo dispensado na realização das atividades de vida diárias, quer na realização dos ensinamentos inerentes à cirurgia cardíaca, pelos fundamentos descritos anteriormente. A prestação de cuidados centrados na pessoa, refletem acima de tudo uma atitude que se baseia na comunicação efetiva entre os doentes e todos os elementos da equipa que presta cuidados, formando e informando continuamente acerca da sua situação de saúde e incorporando a família no plano de cuidados. A realização do estágio no local onde exerço funções possibilitou-me olhar de “fora” os cuidados prestados, refletir sobre os conhecimentos em que eram baseados e acima de tudo tomar consciência das peculiaridades da pessoa idosa e família. Esta consciencialização permitiu interiorizar que o cuidar, não deve assentar apenas nos aspetos biológicos referentes ao processo saúde-doença dos doentes, das famílias e das comunidades, mas também nas implicações psicossocioespirituais que daí advêm.

Durante todo o estágio estimei sempre que possível a presença da família nos cuidados, pois quando um membro da família adoece a hospitalização é do familiar e da família acompanhada de sentimentos de medo, angústia, insegurança e incertezas, em um clima de vulnerabilidade, desordem e desassossego. Portanto, a monitorização da família é igualmente necessária e o cuidado do enfermeiro funciona como suporte e ferramenta facilitadora do processo. Embora tenha consciência, que a família ainda é vista como visita, e não como unidade de cuidados, sempre que a família fez parte integrante dos cuidados deixa marcas importantes nesta relação profissional, em que esta sensibilidade fez a diferença.

Este estágio foi extremamente enriquecedor a todos os níveis, pessoal, profissional e académico, permitiu reflexão séria e comprometida com os objetivos inicialmente propostos, indo de encontro as reais necessidades das pessoas idosas submetidas a cirurgia cardíaca e família.

Referências Bibliográficas

- Hesbeen, Walter (2001) – Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-20-7.
- Berger, Louise; Mailloux-Poirier, Danielle (1995) – Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-95399-8-7.
- Menley, Kim; Bellman, Loretta (2003) – Enfermagem cirúrgica – Prática Avançada. Lusociência. ISBN: 972-8383-54-1.
- Lueckenotte, Annette (2002) – Avaliação em Gerontologia. Eª Edição. Reichmann&Affonso Editores. ISBN: 85-87148-59-1.
- Meleis, Afaf (2010) – Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. USA: Springer Publishing Company.
- Stern, Cindy; Lockwood, Craig (2005) – Knowledge retention from preoperative patient information. Evid Based Health. Vol.3 p.45-63.

Apêndice XI – Estudo de caso II

ESTUDO DE CASO II

Estudo de caso realizado em contexto hospitalar

Para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e mestre na área da prestação de cuidados a pessoa idosa submetido a cirurgia cardíaca e família, foi usada como metodologia de aprendizagem o estudo de caso. O estudo de caso permitiu-nos um melhor conhecimento da pessoa idosa e família, e a identificação dos elementos essenciais na transição saúde/doença para a elaboração conjunta de um plano entre enfermeiro e pessoa idosa/família, no regresso a casa.

Meleis (2010) refere que a enfermagem toma por foco de atenção as respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida. Completa esta ideia afirmando que os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar, processo que ocorre num tempo, com sentido de fluxo e movimento, sem limites nitidamente definidos. Esta experiência da transição impõe, que cada pessoa incorpore novos conhecimentos, que altere comportamentos, que redefina os significados associados aos eventos e que, conseqüentemente, altere a definição de si mesmo no contexto social.

Para a realização deste estudo de caso, foi pedido consentimento, explicando os objetivos, e assegurando-lhe que os princípios éticos seriam respeitados a pessoa idosa/família que aceitaram. Por uma questão de privacidade e confidencialidade de dados foram omitidos alguns dados.

Colheita de dados

A colheita de dados foi feita no quarto, na presença da família, o Sr. S.M. deu entrada no serviço no dia 7 de novembro com o diagnóstico de CAD (*Coronary Artery Disease*) para cirurgia eletiva no dia 8 de novembro. Veio acompanhado pela esposa e pelos filhos.

O Sr. S.M., gosta de ser tratado por Sr. M., tem 72 anos de idade, nacionalidade Portuguesa e é natural do distrito de (X). Vive no distrito de (T) onde reside desde o seu casamento. A sua esposa tem 71 anos é de nacionalidade Francesa e conheceram-se na faculdade no distrito (T), estão casados há 44 anos. Ambos acabaram a sua licenciatura e o Sr. M. frequentou o Mestrado numa faculdade internacional. Por razões profissionais trabalhou em vários países, sempre acompanhado pela sua família.

O Sr. M. tem dois irmãos, com os quais mantem relação próxima. O seu pai faleceu aos 87 anos de idade com AVC e a sua mãe faleceu aos 85 anos de morte natural. Tem 2 filhos, um com 43 anos reside em (V) e tem 2 filhos, a filha tem 40 anos, vive em (X) e tem um filho e uma filha. Ambos os seus filhos são engenheiros, o seu genro é médico e a sua nora é arquiteta.

Vivem numa vivenda, em habitação própria, com um quintal onde ambos tratam do jardim e da horta, cultivam os legumes e a fruta para consumo de toda a família, mas contam com ajuda de um jardineiro. Segundo o Sr. M. a casa apresenta boas condições de salubridade e de higiene, todas as divisões são no rés-do-chão exceto o atelier da sua esposa no 1º andar, onde pinta e tem os seus livros.

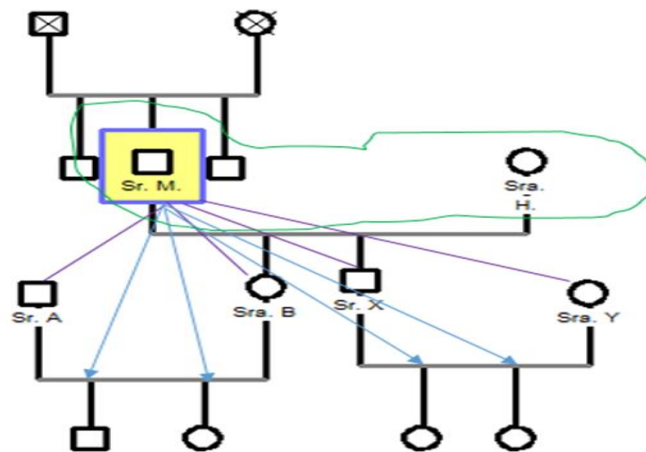
O seu familiar de referência é a esposa a Sr. H. L., que está reformada. A situação económica não parece ser indiciadora de problemas, segundo o Sr. M. a reforma e as poupanças que fizeram ao longo dos anos permitem ter uma vida desafogada.

O Sr. M. menciona que gosta de ler revistas/jornais diários e já escreveu dois livros. Gosta de jogar ténis e todas as semanas vai jantar com os amigos. Diariamente passa a manhã no quintal a tratar da horta e do jardim. E ao domingo

é ele que faz o almoço para toda a família com a ajuda dos netos, faz com que se mantenha o espírito de família que ele herdou dos pais e quer manter com os filhos.

Em relação a sua rede de apoio, o Sr. M. pertence a Unidade de Saúde familiar (USF) é acompanhado pelo médico e pela enfermeira de família, e pelo cardiologista no hospital da sua área de residência. Foi o cardiologista que o encaminhou para uma consulta de cirurgia cardiotorácica no hospital da área de residência.

Genograma do Sr. M.

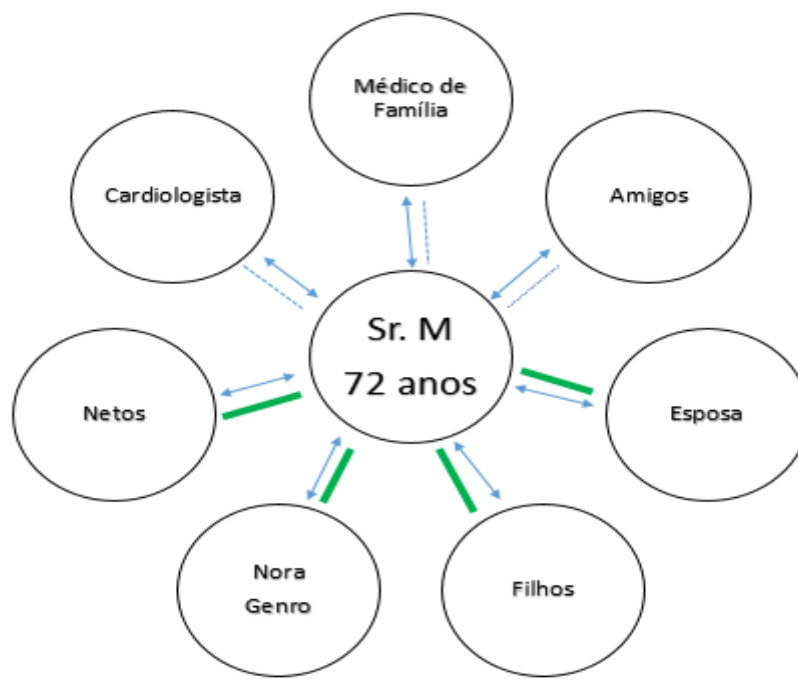


Legenda:

Masculino	Feminino	Falecimento	Casamento
Relação próxima	Relação muito forte	Família estudo	Pessoa índice

Ecomapa do Sr. M.

Também elaborámos o ecomapa relativo ao Sr. M., que representa as principais relações sociais do Sr. M., *Wright & Leahey* (2013) referem a pertinência na elaboração do genograma e do ecomapa de todas as famílias que estão ao cuidado do enfermeiro por mais que um dia como uma prioridade e que as informações a ser recolhidas devem ser relevantes para a família ou para o problema de saúde.



Legenda:			
Relação muito forte		Relação distante	
Relação próxima		Fluxo de Energia	

Antecedentes e doenças atuais

Antecedentes familiares: o seu pai tinha hipertensão arterial e faleceu após um acidente vascular cerebral; a sua mãe tinha dislipidemia, HTA e faleceu durante a noite, de morte natural.

Antecedentes pessoais:

- Doença arterial coronária de 3 vasos;
- Hipertensão Arterial;
- Dislipidémia.

O Sr. M. tinha queixas de angor com 3 meses de evolução quando fazia pequenos esforços (arrancar ervas do jardim, caminhadas), que no início revertia com repouso e que ultimamente tinha que fazer Nitromint SL; fadiga sem causa aparente e períodos de náuseas e sudorese. Sintomas que afetavam as suas atividades de vida diária e de lazer.

Realizou cateterismo de intervenção onde não foi possível fazer revascularização coronária e foi proposto para cirurgia cardíaca que aceitou.

Nega hábitos aditivos e alergias.

Medicação em ambulatório:

	Medicamento	Grupo	Via de administração	Dose	Horário
1	Clopidogrel	Antiagregante plaquetar	Oral	75mg	1x dia ALMOÇO
2	Atorvastatina	Antidislipidémico	Oral	20 mg	1 x dia JANTAR
3	Aspirina	Antiagregante plaquetar	Oral	100 mg	1 x dia ALMOÇO
4	Bisoprolol	Bloqueador beto adrenérgico	Oral	2,5 mg	1 x dia PEQUENO-ALMOÇO
5	Ramipril	Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina	Oral	2,5 mg	1x dia ALMOÇO
6	Pantoprazol	Inibidor da bomba de prótons seletivo	Oral	20mg	1 x JEJUM

O Sr. M. é autónomo na preparação como na toma da medicação. É ele o responsável pela gestão da medicação. Desde que o Sr. M. foi admitido no serviço não faz a medicação do domicílio, apenas a que é prescrita pelo médico e fornecida pela equipa de enfermagem.

História de saúde /doença atual

O Sr. M. estava consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa. Considerei pertinente a utilização dos instrumentos de avaliação multidimensional do idoso, que nos permitiu adequar os cuidados as necessidades. *Blanco* (2007) sugere alguns princípios da avaliação clínica da pessoa idosa, como: utilizar um tom de voz adequado, colocando-me à sua altura, dirigindo o olhar ao Sr. M. para facilitar a compreensão formulando perguntas curtas e concretas.

O Sr. M. mostra um comportamento e atitude apropriados, com um discurso espontâneo e perceptível. Embora com períodos de pausa quando fala da sua vida diária relacionada com sintomatologia associada a doença, considere necessário avaliar qual o seu impacto psicológico e afetivo, tendo sido aplicada a **Escala de Depressão Geriátrica**, versão curta, obtendo-se um score de 9, indicador **de depressão ligeira**.

Durante a conversa o Sr. M. demonstra boa disposição, relação de afeto para com esposa e os filhos, discurso muito fluente sempre que fala do passado e do seu percurso profissional. Apesar de aparentemente não apresentar alterações cognitivas, achamos pertinente avaliar as suas capacidades de memória imediata e recente, de atenção e cálculo e de linguagem, foi utilizada o **Mini Mental State Examination de Folstein**, resultando num score de 29 pontos indica **ausência de défice cognitivo**, para escolaridade superior a 11 anos.

À observação, o Sr. M. apresentava uma idade aparente coincidente com a idade real. Mostrava uma higiene pessoal cuidada, e demonstrava cuidado também com o seu vestuário. Apresenta cabelo castanho encaracolado curto, pele e mucosas coradas e hidratadas, com integridade cutânea. Refere

diminuição da acuidade visual sendo necessário a utilização de óculos. Sem alterações no olfato ou tato.

O Sr. M. não apresenta dificuldade em mastigar, faz uma alimentação cuidada e variada, refere que raramente come carne, dá preferência peixe. A base da sua alimentação é fruta e legumes, e faz ingestão hídrica de 2 litros por dia. Relativamente à alimentação, não refere alergias conhecidas. Habitualmente faz 6 refeições diárias (pequeno-almoço, lanche, almoço, lanche, jantar e ceia), e não refere preferências alimentares. Em relação a antropometria, referiu medir cerca de 1,80 m, e pesar 82 Kg. Tendo em conta, as especificidades da alimentação do Sr. M., julgámos relevante realizar a avaliação do estado nutricional através da escala **Mini Nutritional Assessment**, obteve um score de 12, sendo considerado um **estado nutricional normal**, pelo que não foi necessária a avaliação global.'

Em relação ao estado funcional, o Sr. M. aparentemente é independente. Tendo em conta as queixas de angor a esforços e de fadiga achou-se pertinente a avaliação do Sr. M., quanto a:

- ❖ Grau de autonomia na marcha, através da escala funcional da marcha de Holden, situa-se na categoria 5, **marcha Independente**. Apesar de mencionar que “tem dificuldade em subir escadas” apenas pelo cansaço fácil.
- ❖ Capacidade funcional para a **realização das atividades de vida diárias**, utilizei o Índice de Barthel, que se traduziu num score de 20 pontos, o que revela segundo esse índice, **independência total**.
- ❖ Capacidade funcional referente às **atividades instrumentais de vida diárias** foi avaliada pelo Índice de Lawton e Brody. Nesta avaliação o Sr. M. apresentou um 8, o que corresponde ao máximo possível de AIVD, classificando-se como **independente em todas as AIVD**, definidas neste Índice.

O Sr. M. refere dormir bem 7/8 horas por noite sem medicação, apenas bebe copo de leite morno antes de dormir. Não tem problemas na eliminação urinário nem na eliminação intestinal, evacua 1 vez por dia.

Na prestação de cuidados o Enfermeiro visa diariamente a excelência no seu exercício profissional pelo que a prevenção de complicações, nomeadamente a referente às quedas e a prevenção das úlceras de pressão. Apesar de o Sr. M. ser independente torna-se pertinente avaliar o risco de úlceras de pressão, sendo o score da **escala de Braden** de 19 pontos, ou seja, **baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão**. Na **escala de Morse** o Sr. M. apresenta em **baixo risco** de queda, score de 15.

Toda a informação obtida através da avaliação multidimensional permitiu adquirir um maior conhecimento da pessoa idosa e família, que nos possibilitará conhecer e compreender toda a situação de saúde/ doença, definir objetivos e planear as intervenções de acordo com as necessidades identificadas, para a continuidade de cuidados do hospital para casa.

Contexto de doença da pessoa idosa

O Sr. M. foi internado eletivamente, foi avisado da sua cirurgia pela secretaria de unidade com indicação médica de suspender a Aspirina e o Clopidogrel 3 dias antes da cirurgia. Deu entrada no dia anterior a cirurgia para fazer as preparações pré-operatórias.

O primeiro contacto com o Sr. M. e família foi apos ter realizado os exames pré operatórios, eletrocardiograma, Rx e análises. E é neste primeiro momento que é feito o acolhimento e integração no serviço. Apresentei-me e perguntei como o Sr. S. M. gostava de ser tratado, apresentei o serviço e acompanhei-o ao quarto com a família. O Sr. M. veio com a esposa, identificada como pessoa de referência e com os filhos.

No quarto foi entregue o guia de acolhimento do serviço, guia do idoso, folheto com informações ao acompanhante, folheto sobre a unidade de cuidados intensivos de cirurgia cardíaca ao Sr. M. e família, clarificando as informações nele contidas e esclarecendo eventuais dúvidas. Foi este momento de interação e num momento tranquilo e reservado, que pedi autorização para realizar algumas perguntas, no sentido de elaborar a história de saúde e conhecer o

contexto de vida do Sr. M., que me foi dada. Solicitei também permissão para a aplicação de escalas de avaliação multidimensional da pessoa idosa, explicando a sua importância na elaboração do plano de cuidados enfermagem durante o internamento.

De acordo com diversa literatura é no período pré-operatório que devem ser desenvolvidas intervenções educativas com a pessoa idosa, tendo em conta a sua preparação física e psicológica do que é expectável acontecer no pós-operatório (Clayton, 2008; Doerflinger, 2009).

Sendo este o primeiro internamento do Sr. M. foram-lhe explicadas as rotinas do serviço, como horário das refeições, o funcionamento da campainha e os objetos pessoais que deveriam ficar com ele, não deveria tomar a medicação do domicílio apenas a que for dada pela equipa de enfermagem. Foi-lhe explicado a necessidade de jejum a partir das 0h, que deveria tomar banho com desinfetante fornecido pela equipa de enfermagem (cloroexidina) na véspera da cirurgia e no dia da cirurgia após ser feita a tricotomia (pela barbeira). Às 17h e às 21h fez preparações pré operatórias, 5cc de Tatum verde, 2cc de Mycostantin, uma carteira de Lactulose e 2microlax apenas uma vez. Foram feitos os ensinamentos sobre a cirurgia e sobre o pós-operatório o Sr. M. e a família sempre muito receptivos aos ensinamentos e foram esclarecendo dúvidas e preocupações.

Neste momento de admissão são dadas muitas informações, mas que estão todas explanadas nos folhetos que são entregues ao doente e família. Foram avaliados os sinais vitais e a escala de dor.

Tensão Arterial	135/75 Mmhg	
Frequência Cardíaca	85 Bpm	
Temperatura Corporal	36,2 °C	
Escala da Dor	Sem dor	

O Sr. M. aceitou a cirurgia após consulta médica onde lhe foi explicado todo o procedimento, as complicações cirúrgicas e do pós-operatório. O que espera é ficar sem sintomatologia e retomar as suas atividades de vida diária. Neste dia virá ainda o cirurgião falar com o doente para assinar o consentimento informado e terá consulta de anestesista.

Todos os dados recolhidos ficam registados na Avaliação Inicial no processo do doente e de acordo com a avaliação feita elaborou-se o processo de enfermagem no SClinico. O Sr. M. no dia 8 de novembro foi transferido para o bloco para revascularização de 3 vasos, após se ter confirmado se o processo estava completo (resultados das análises pré-operatórios, consentimento informado) e administrada a pré anestesia se estiver prescrita. Após a cirurgia será transferido para a unidade de cuidados intensivos.

Internamento do Sr. M.

O Sr. M. veio transferido da unidade de cuidados intensivos para a enfermaria no dia 10 de novembro onde foi submetido a Bypassx3, no pós-operatório imediato com perfusão de nitroglicerina e noradrenalina que suspendeu no dia 9; foi extubado no dia 8 sem incidentes; iniciou líquidos no dia 9 que tolerou, foi retirada a sonda nasogástrica; fez 1º levante no dia 9 sem intercorrências; retirou drenos torácicos e foi desalgaliado no dia 10.

O Sr. M. veio transferido para a enfermaria em cadeira de rodas, á chegada calmo, consciente e orientado. Sinais vitais estáveis: tensão arterial – 136/76 mmhg; frequência cardíaca – 87 bpm; temperatura – 36 °C e sem dor.

Após as 24h de internamento reiniciou a medicação prescrita em ambulatório e iniciou ácido fólico 5mg e sulfato ferroso 2 vezes ao dia (almoço e jantar), paracetamol de 8/8h e clonix 300mg em SOS.

Vinha com cateter central de 3 lumens na jugular direita e um catéter venoso periférico no membro superior direito; apresentava pensos externamente limpos e secos, no tórax anterior (esternotomia e local de inserção dos ex -

drenos torácicos) e no membro inferior esquerdo (safenectomia) e fios de *pacemaker*.

O plano de cuidados foi atualizado foram identificados os problemas, os resultados esperados, os recursos mobilizados, as intervenções de enfermagem e para o Sr M., durante o internamento e no regresso a casa. O Guia de Orientações para a Alta foi entregue ao 4º dia (12 de novembro) onde vem explanado todas as indicações específicas e a justificação das mesmas que foram dadas ao Sr. M. e a esposa, está estabelecido no serviço ser ao 4º dia onde o doente tem mais disponibilidade para aceitar, compreender e esclarecer dúvidas. O Sr. M. e a sua esposa mostraram-se sempre disponibilidade para participar nos cuidados de enfermagem, procurando informação e esclarecimentos junto da equipa de enfermagem, dietista do serviço e equipa médica.

Neste pós-operatório os cuidados de enfermagem tinham o objetivo de evitar complicações decorrentes da cirurgia e proporcionar conforto e bem-estar, promovendo a autonomia do Sr. M. e na preparação do regresso a casa. Estes mesmos cuidados foram explicados ao Sr. M. e esposa, e confirmada a sua compreensão.

Ao Sr. M. foram feitos desde o primeiro momento esclarecimentos para a preparação para a alta, mas aproveita-se todos os momentos para esclarecer dúvidas e validar a informação dada. Faz-se ensino da tosse e da forma como deve fazer a contenção do esterno (quando tossir deve cruzar os braços a frente e apertar o tórax com as mãos para proteger o esterno, poderá utilizar um colete de contenção); ensino da forma como este se deve levantar rodando o corpo para ficar de lado, cruzar os braços e com o braço que não está em contacto com a cama ajudar a levantar o tronco; ao deitar colocar-se sempre de lado apoiando o cotovelo na cama e deixar descair o corpo, rodando depois para ficar de costas; não deve fazer movimentos de amplitude para proteger o esterno e não deve conduzir nas primeiras 6 semanas, visto o esterno consolidar ao fim de 4 a 6 semanas; explicação da importância da mobilização precoce na prevenção

de problemas circulatórios (tromboses e tromboflebitas) respiratórios (infecções respiratórias) e problemas na deambulação (diminuição da massa muscular).

Ao 4º dia foi feito o tratamento as suturas cirúrgicas, esternotomia de agrafos, pontos de drenagem torácica, safenectomia de agrafos com bordos unidos, sem sinais ou sintomas de infecção, o material de sutura da esternotomia deve ser retirado no dia 18 de novembro e da safenectomia e dos pontos de drenagem torácico devem ser retirados dia 20 de novembro. Neste momento foi feito o ensino dos sinais e sintomas de infecção que deve estar atento, e da necessidade de utilizar uma meia de contenção no membro inferior esquerdo durante cerca de 3 meses, a meia elástica facilita a circulação sanguínea, previne o edema do membro e facilita a cicatrização da sutura. Foi no 4º dia que foi entregue o Guia de Orientação para a Alta na presença da esposa, onde foram feitos os esclarecimentos de acordo com as necessidades observadas e das dúvidas e preocupações dos mesmos.

Antes da cirurgia o Sr. M. era independente em todas as atividades de vida diária, no pós-operatório houve alterações na atividade da higiene, do vestuário, no posicionar-se e no transferir-se e no padrão de sono.

O Sr. M. na atividade de higiene pessoal e no vestuário precisa de ajudar parcial na realização da higiene na casa do banho, lavar a cabeça, tronco e os membros inferiores, para não molhar os pensos e pela dificuldade na mobilização relacionada com dor (escala numérica 5) no esterno; á nível da mobilidade, no transferir-se da cama para o cadeirão e do cadeirão para a cama depois de se ter feito o ensino de como o fazer, precisa de ajuda parcial como no posicionamento, elucidando sempre a importância da promoção da sua autonomia durante o internamento para o regresso a casa; em relação ao padrão de sono o Sr. M. dormia 7horas /noite durante o internamento dormia por períodos havendo necessidade de fazer hidroxizina 25mg com efeito, passou a dormir 5/6 horas por noite. O Sr. M. após a cirurgia apresentava acessos de tosse produtiva, expetoração esbranquiçada em moderada quantidade, mas que tinha dificuldade em expelir relacionada com dor no esterno. Foi fornecido um colete de contenção do esterno, que o Sr. M. refere ter sido uma boa ajuda, fez durante

o internamento vários períodos de atmosfera húmida e aumentou a ingestão hídrica medidas eficazes.

Todo este processo de transição só fez sentido numa relação de confiança e de parceria entre o Sr. M. e família e a equipa de enfermagem, o internamento foi de 7 dias.

O Sr. M. teve alta no dia 15 de novembro, neste dia foram validados os conhecimentos adquiridos durante o internamento para assegurar os cuidados no regresso a casa. A carta de alta de enfermagem, entregue ao Sr. M., onde englobava um resumo do internamento, as alterações na realização das atividades de vida diária acontecidas, assim como um resumo dos cuidados necessários prestados e dos cuidados precisos em casa.

No plano de cuidados estão identificados os problemas, os resultados esperados, as intervenções de enfermagem e a avaliação das intervenções do Sr. M. e esposa, durante o internamento e no regresso a casa.

Plano de Cuidados

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Mobilidade física prejudicada relacionada com pós-operatório, dor e limitação na amplitude dos membros superiores, manifestada por dependência parcial nas transferências e nas mobilizações, score 5 na Escala da Dor.

RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
<ul style="list-style-type: none">-Que o Sr. M. não tenha dor ou apresente uma dor controlada e facilitadora da realização das atividades de vida diárias.-Que o Sr. M. consiga uma ficar independente nas atividades de vida diárias e instrumentais.- Que o Sr. M. possa fazer o levantar do leito e deitar-se em segurança e de forma autônoma.- Que o Sr. M. possa mobilizar-se no leito de forma independente;- Que o Sr. M. retome a suas rotinas de forma autônoma como cuidar da sua higiene pessoal.	<ul style="list-style-type: none">- Orientação para a planificação prévia das intervenções;- Reforço da gestão da terapêutica analgésica;- Incentivo da importância da realização das atividades para a promoção da sua independência;- Facilitação da acessibilidade aos objetos de higiene pessoal;- Reforço positivo nos progressos do Sr. M.;- Incentivar o Sr. M. a realizar exercícios de mobilização ativa (membros superiores e inferiores), enquanto está sentado ou em repouso no leito;- Incentivar a realização das atividades que consegue;- Reforço da importância das condições de segurança durante as atividades.- Dar tempo e espaço para que o faça sozinho com supervisão;- Encontrar estratégias em conjunto com o Sr. M. para permitir a sua trajetória de vida e saúde;- Estimular a sua deambulação no serviço;-Ensinar sobre vantagens do posicionamento correto e medidas de prevenção úlceras de pressão;- Instruir a pessoa sobre medidas de prevenção de quedas;- Avaliar a dor de acordo com protocolo no serviço e em SOS.	<ul style="list-style-type: none">- O Sr. M. mostrou-se sempre disponível para aquisição de conhecimentos;- O Sr. M teve sempre dor controlada, score de 1 escala numérica da dor;- No dia da alta já era independente nas atividades de vida diária e instrumentais e tinha adquirido os conhecimentos necessários para continuação dos cuidados em casa;

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Atividade de higiene e vestir-se prejudicada relacionada com pós-operatório, dor e presença de pensos nas suturas cirúrgicas, manifestada por dependência parcial, score 5 na Escala da Dor.

RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
<p>-Que o Sr. M. não tenha dor ou apresente uma dor controlada e facilitadora da realização das atividades de vida diárias.</p> <p>-Que o Sr. M. consiga uma ficar independente nas atividades de vida diárias e instrumentais.</p> <p>- Que o Sr. M. possa fazer a sua higiene e vestir-se na casa de banho de forma autónoma.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Orientação para a planificação prévia da higiene;- Reforço da gestão da terapêutica analgésica;- Garantir assistência ao Sr. M. no tomar banho, higiene pessoal e no vestir, procurando identificar necessidades de auxílio e não substituir;- Incentivar a realização para o auto cuidado, respeitando o seu ritmo e promovendo a sua independência;- Incentivo da importância da realização das atividades para a promoção da sua independência;- Facilitar a acessibilidade aos objetos de higiene pessoal, tornando o ambiente hospitalar mais personalizado;- Executar os cuidados de higiene de acordo com os hábitos e seus hábitos e preferências, respeitando a sua privacidade;- Efetuar reforço positivo no desempenho do Sr. M.- Reforço da importância das condições de segurança durante a higiene;- Dar tempo e espaço para que o faça sozinho com supervisão;- Solicitar a família que lhe traga pijama e robe, privilegiar pijamas de botões;- Avaliar a dor de acordo com protocolo do serviço e em SOS.	<p>- Sr. M. ao 3º dia tomou banho sozinho na casa de banho sem molhar os pensos cirúrgicos</p> <p>- Sr. M. apresenta dor controlada (score de 1- Escala da dor)</p> <p>No dia da alta o doente não apresentava dor e prestava os cuidados de higiene na casa de banho de forma independente.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Alteração do padrão de sono relacionada com ambiente estranho e dor, manifestada por dificuldade em dormir.

RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
-Que o Sr. M. durma 6 a 7 horas durante o tempo do internamento.	<ul style="list-style-type: none">- Planear o sono;- Otimizar ambiente físico;- Facilitar a expressão de emoções e dificuldades;- Dar um copo de leite morno ao deitar;- Dar informação sobre os recursos disponíveis no serviço;- Comunicar ao médico a alteração do padrão de sono;- Promover a diminuição da intensidade da luz e do barulho sonoro durante o período noturno, para uma melhor otimização do sono;	<p>O Sr. M. fez hidroxizina 25mg em todas as noites em que esteve internado.</p> <p>Dormiu mais ou menos 6 horas por noite.</p> <p>Na medicação prescrita para a alta hospitalar não tinha prescrito o hidroxizina.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Défice de conhecimento do pós-operatório da cirurgia cardíaca relacionada com cirurgia e manifestada por alteração nas atividades de vida diária.

RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
-Que o Sr. M. no dia da alta tenha adquirido os conhecimentos necessários para continuidade no regresso a casa.	<ul style="list-style-type: none">- Ensinar a técnica da tosse;- Vigiar expectoração;- Fornecer ao doente o colete de contenção do esterno e fazer ensino da sua utilização;- Ensinar sobre prevenção de infeção;- Ensinar os sinais e sintomas de infeção;- Ensinar sobre as complicações da ferida cirúrgica;- Promover o envolvimento da pessoa significativa na prestação de cuidados;- Educar o idoso e/ou família sobre s benefícios fisiológicos e psicológicos da mobilidade.	<ul style="list-style-type: none">- No dia da alta o Sr. M e a esposa tinham adquiridos os conhecimentos necessários;- Foi entregue a nota de alta com a informação do internamento;- Foram esclarecidas dúvidas;

Referências Bibliográficas

- Apóstolo, J. (2011). Instrumentos para avaliação em geriatria. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Blanco, E. H. (2007). Avaliação geriátrica integral. 11-33. In E. H. Blanco (cord.) Síndromes geriátricos. Revifarma-Edições Médicas, Lda.
- Clatton, J.L. (2008). *Special Needs of Older Adults Undergoing Surgery. Association of perioperative. Registered Nurses Jornal*, 87(3), 557-570.
- Doerflinger, D. M. C. (2009). *Older Adult Surgical Patients: Presentation and Challenges. Association of periOperative. RegisteredNurses Journal*, 90(2), 223-244.
- Fulmer, T. (2007). *Fulmer Spices. A framework of six 'marker conditions' can help focus assessment of hospitalized older patients. Journal of American Nursing*, Vol. 107 (10), 40-48.
- GERMI (n.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 01-10-2017. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: midle-range and situation-specific theories in nursing research and practive*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: Development and progresso*. 5ª Edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moraes, E. N. & Moraes, F. L. (2014). Avaliação multidimensional do idoso. Belo Horizonte: Folium. Acedido em 21-11-2017. Disponível em: http://www.folium.com.br/amostras/Amostra_avaliacao_multidimensional_do_idoso_4ed.pdf

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda; Outubro.

Souza Pereira, A. P., Martins Teixeira, G., Belcorso Bressan, C. & Gue Martini, J. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (3), 407-416. Acedido: 25-11-2017. Disponível em:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019599012>

Wright, L.M. & Leahey, M. (2013). Nurses and families: a guide to family assessment and intervention (6th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Apêndice XII – Guião de entrevista a pessoa idosa

GUIÃO DE ENTREVISTA À PESSOA IDOSA SUBMETIDA A CIRURGIA CARDÍACA E FAMÍLIA

1º Momento (admissão no serviço)

O que sabe sobre a sua doença? Que limitações tem? O que espera da cirurgia? Explicaram-lhe como vai ser a cirurgia? E a anestesia? Como se deve preparar para a cirurgia?

Quais são as suas principais preocupações/medos relativamente ao internamento e à cirurgia?

O que espera dos enfermeiros durante o internamento?

2.º Momento (4 dias pós-operatório)

Foi esclarecido e informado sobre os cuidados que deve ter após cirurgia?

Conhece os sinais e sintomas (como pode perceber o aparecimento) das complicações que poderão surgir e o que deve fazer, caso venha a acontecer?

O que espera do enfermeiro durante esse período (tempo)?

3º Momento (dia da alta)

Perguntaram-lhe como gostaria de ser cuidado?

Foram-lhe dadas informações sobre como se dirigir ao centro de saúde serviços ou ao hospital quando necessário?

Foi esclarecido sobre a forma como deve fazer os tratamentos (se necessário) ou tomar os medicamentos?

Como é que os enfermeiros o poderiam ter ajudado para uma melhor recuperação no regresso a casa?

**Apêndice XIII - Analise de conteúdo das entrevistas á pessoa
idosa submetida a cirurgia cardíaca e família**

Análise de conteúdo das entrevistas a pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família para diagnóstico de situação

Foram realizadas 17 entrevistas, no período de 29 de outubro a 15 de dezembro, três momentos diferentes. O primeiro momento, dia da admissão no serviço, o segundo momento ao 4º dia pós-operatório e o 3º momento o dia da alta.

A análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (Bardin, 2009).

Nesta fase de desenvolvimento do projeto, a análise de conteúdo possibilitou alcançar um conhecimento a nível da prática de cuidados de enfermagem e compreender em que medida as intervenções de enfermagem são percebidas pela pessoa idosa e família.

Para a análise desta entrevistas, foram utilizadas as etapas determinadas por Bardin (1970). Numa primeira fase, foi feita uma leitura exaustiva de todas as entrevistas que possibilitou após categorizar os dados brutos em unidades de registo. Decidiu-se efetuar uma codificação recorrendo a letras e números, para facilitar a separação das respostas da pessoa idosa (A resposta da primeira pessoa entrevistada e assim sucessivamente) e os números são as várias unidades de registo dentro de cada resposta.

De seguida, foi elaborada uma Grelha de Análise de Conteúdo nos três momentos diferentes, com o objetivo de estruturar todas as unidades de registos em categorias e sub - categorias específicas. Sendo estas definidas tendo por base Guião da Entrevista elaborado.

A elaboração desta grelha possibilitou uma leitura mais sistemática e objetiva de todas as entrevistas, onde estão expressas todas as ideias da pessoa idosa, informação essencial para atingir os objetivos do projeto.

Análise de conteúdo – 1º momento

Dimensão	Categoria	Sub-categorias	Unidades de registo	Unidade de enunciação
Conhecimentos sobre a situação de saúde	Doença/ Tratamento cirúrgico	Conhecimentos específicos sobre a doença	“ sei que tenha uma veia entupida...”	4
			“ pouco sei sobre a doença mas foi-me tudo explicado, tenho muita idade e já não fixo nada”	2
			“ a válvula aórtica está com muito cálcio...”	3
			“ tenho 3 veias entupidadas, vou fazer a revascularização das três veias ...”	1
			“ vou fazer a substituição da mitral, tenho a válvula calcificada...”	5
			“o médico explicou-me tudo mas estou tão nervosa que não me ocorre nada...”	6
			“ tenho uma válvula com defeito..”	1
			“ tinha 3 veias cheias de gordura, que não deixam o sangue passar...”	1
			“poucos conhecimentos, isso são vocês que devem saber...”	2
			“ tenho uma válvula com uma folga...”	
		Conhecimentos específicos sobre a cirurgia e anestesia	“ vou estar a dormir 3 horas....”	1
			“ cirurgia muito complicada, são 3 horas a dormir...”	2
			“ vou acordar com vários tubos....”	3
			“ o anestesista explicou-me tudo, vou estar a dormir umas horas e após acordar estou na UCI...”	4
			“ vou substituir uma válvula....nem sei bem qual..”	5
			“ vou fazer revascularização de 3 veias..”	6
			“o enfermeiro explicou-me , sentou-se um pouco e utilizou palavras simples...”	8
			“tanta informação....”	9
			“ não quis saber muita coisa, quanto menos informação menor inquietação...”	2
			“ muita informação às vezes só atrapalha...”	7
			“ informação que diz respeito a vocês...”	6

Dimensão	Categoria	Sub- categorias	Unidades de registo	Unidade de enunciação
Conhecimen tos sobre a situação de saúde	Doença/Tra tamento cirúrgico	Conhecimen to sobre as limitações que apresenta	“tenho cansaço quando caminho, já não posso ir passear o meu cão..”	1
			“já não conseguia ir fazer as minhas caminhadas...”	2
			“sinto uma dor no peito quando faço grandes esforços...”	3
			“Já não posso cuidar do meu jardim canso-me muito...”	4
			“ não apresento limitação nenhuma, se não fosse o exame não dava por nada...”	5
			“ já não consigo calçar as meias..”	2
			“sempre que faço mais esforço, sinto queimadura no peito mas pensei ser normal...”	3
			“ nunca quis saber muita coisa...”	13
			“ nunca valorizei muito o que sentia...”	12
			“ já não posso fazer a lida da casa...”	5

		Expectativas	“ que nos prestem bons cuidados de enfermagem...”	3
		sobre o	“ que me apoiem nesta fase difícil...”	1
		cuidado de	“que ajudem a minha esposa, sou eu que sou operado mas ela também precisa...”	3
		enfermagem	“ que me ajudem a preparar-me para ir para casa o melhor possível”	3
			“ os enfermeiros são quem nos ouve, nos ajuda”	7
			“ são eles que nos dão informação necessária..”	6
			“são o nosso apoio...”	6
			“espero que nos ajudem a ultrapassar esta fase...”	3
			“que nos ensinem como devemos fazer a seguir a cirurgia...”	7
			“ que sejam humanos, compreensivos ...”	7
			“os enfermeiros estão 24h connosco, são eles que nos dão as informações pertinentes...”	6
			“ se não fossem eles!!!...”	4
			“ que façam o seu melhor... que nos ajudem nesta viagem..”	9
			“ são eles que nos dão as ferramentas para rápida recuperação...”	2

Num primeiro momento com o doente idoso, antes, deste ser submetido a cirurgia cardíaca, acedeu-se ao conhecimento deste sobre a sua situação de saúde, nomeadamente sobre a sua doença e subsequente tratamento cirúrgico.

Relativamente aos conhecimentos específicos sobre a doença, verifica-se que grande parte dos doentes apresenta conhecimentos sobre a sua condição, variando na especificidade, tendo em conta a situação clínica apresentada. No entanto verifica-se também que um grande número de doentes revelou não saber especificidades acerca da sua condição muito por causa do nervosismo causado pela iminência de uma cirurgia cardíaca: “o médico explicou-me tudo mas estou tão nervosa que não me ocorre nada...”. Também o facto de se estar perante indivíduos de idades avançadas fazem com que o que é explicado pelo médico seja muitas vezes esquecido ou não percebido “pouco sei sobre a doença, mas foi-me tudo explicado, tenho muita idade e já não fixo nada”.

No que concerne aos conhecimentos sobre a cirurgia e anestesia, questões como a duração da cirurgia e alguns procedimentos específicos foram explicados aos doentes, no entanto, a grande parte considera que é muita informação a assimilar, atrapalhando e aumentando a preocupação devido à complexidade da intervenção, sendo que muitos consideram que a informação sobre a cirurgia e a anestesia deve-se limitar aos profissionais de saúde. Há que realçar o papel do enfermeiro, destacado pelos doentes entrevistados. É o enfermeiro que, muitas vezes, transmite a informação necessária ao doente, utilizando uma linguagem mais familiar de modo a que estes compreender a intervenção a que vão ser submetidos: “o enfermeiro explicou-me, sentou-se um pouco e utilizou palavras simples...”.

No que respeita ao conhecimento sobre as limitações derivadas da intervenção cirúrgica cardíaca, verifica-se que a maior parte nunca quis saber, nem tinha interesse em saber os possíveis sintomas, sendo que muitos nunca valorizavam muito o que sentiam, deixando a doença progredir. Também é de realçar que alguns dos inquiridos não sentiam qualquer limitação, tendo sido o exame que revelou a complicação cardíaca. No entanto, muitas das respostas revelam também que os doentes revelavam que uma das principais limitações sentidas se prendia com o cansaço associado à realização das tarefas do dia-a-dia.

Por fim no que toca as expectativas sobre os cuidados de enfermagem, todos concordam que os enfermeiros são essenciais para esta fase tão particular da vida, acompanhando-os exaustivamente, dando toda a informação necessária sobre os cuidados a ter após a cirurgia, estando sempre disponíveis de acordo com uma perspetiva humanista de ajuda ao próximo.

Análise de conteúdo – 2º momento

Área Temática	Categoria	Sub-categorias	Unidades de registo	Unidades de enunciação
Conhecimentos sobre a nova condição de saúde	Conhecimento sobre tratamento cirúrgico	Forma como obteve o conhecimento sobre os cuidados a ter com a cirurgia	“ a enfermeira explicou-me tudo a mim e a minha esposa...”	5
			“ o enfermeiro deu-me um panfleto com a informação necessária...”	9
			“ tenho que ter cuidado com a alimentação, feridas, atividade física...”	8
			“ durante 6 semanas não posso conduzir...”	5
			“ deve iniciar com caminhada o regresso ao exercício físico...”	5
			“ a medicação deve ser tomada de acordo com o que o médico prescreveu...”	3
			“ foi-me tudo explicado, mas levo aqui um livrinho onde recorrer se tiver duvidas...”	2
			“ também explicaram tudo a minha filha é ela que me vai ajudar...”	4
			“ desde o primeiro minuto que me foram dando a informação que eu precisava...”	3
			“ explicaram os cuidados no banho, alguns cuidados a ter em casa..”	3
			“ tiveram o cuidado de esperar pela minha família para explicar tudo, é muita informação...”	3
			“ já sou velhote e fui aprendendo com o exemplo deles, a ver também se aprende...”	2
			“ cirurgia complicada mas a recuperação é rápida...”	4
			“ ensinaram-me a tossir melhor...”	4
		Conhecimentos sobre complicações cirúrgicas	“o enfermeiro explicou-me os cuidados que deveria ter com as feridas..”	6
			“ se tiver falta de ar ou aumentar o cansaço deve contactar o médico....”	4
			“ se as feridas estiverem a deitar liquido , devo ir ao centro de saúde...”	3
			“ vou fazer varfine e se estiver com muitas perdas hemáticas deve ligar para o hospital....”	3

			“ensinaram-me a observar as suturas, se estiveram vermelhas ou com exsudado contactar o hospital...”	5
			“ se tiver perda de apetite e perda de peso devo falar com o médico...”	3
			“se os pés tiverem muito inchados, ou fizer menos chichi devo ter em atenção...”	2
			“ os ensinamentos foram feitos todos os dias mas deram-me um livrinho com toda a informação...”	5
			“se a expetoração ficar com cor estranha (verde ou amarela escura) e tiver febre contactar o médico...”	2

Análise de conteúdo – 2º momento

Área Temática	Categoria	Sub-categorias	Unidades de registo	Unidades de Enunciação
Conhecimento sobre a nova condição de saúde	Conhecimento sobre tratamento cirúrgico	Expectativas sobre o cuidado de enfermagem	“ que nos alertem para as complicações da cirurgia...”	3
			“ que nos ensinem como proceder e ao que estar atento...”	6
			“ falem com a minha família e expliquem tudo também a eles...”	3
			“ apoio emocional “	7
			“algum aconchego e que me ajudem a recuperar para ir para casa...”	4
			“ quero ficar o mais independente possível e eles sabem muito...”	5
			“ equipa jovem mas muito profissional e responsável...”	4

			“ é muita informação eles tornam tudo mais simples...”	5
			“ têm muita paciência e ensinam a mesma coisa varias vezes é isso que se espera...”	7
			“ que ajudem aminha família, estão todos nervosos e preocupados...”	5

Num segundo momento da entrevista, questionou-se os doentes acerca dos conhecimentos que tinham sobre a sua nova condição de saúde, nomeadamente, sobre o conhecimento sobre o tratamento cirúrgico.

No que concerne à forma como obteve o conhecimento sobre os cuidados a ter com a cirurgia, grande parte referiu que essa informação foi fornecida pelos enfermeiros, que forneceram um panfleto com toda a informação necessária, disponibilizando-se para retirar qualquer dúvida que surgisse por parte dos doentes e também pelos seus familiares: “a enfermeira explicou-me tudo a mim e a minha esposa”; “o enfermeiro deu-me um panfleto com a informação necessária”. Cuidados a ter em casa, com o cuidado no dia-a-dia, a atenção à toma da medicação e também com o exercício físico são alguns dos cuidados que os doentes mais indicam como sendo necessários nesta nova fase da vida.

Relativamente ao conhecimento sobre as complicações cirúrgicas, mais uma vez o papel do enfermeiro aparece como sendo preponderante na explicação dos cuidados a ter se algum tipo de complicação associado à intervenção cirúrgica surja, especialmente relacionado às feridas. Aliás, a observação e atenção às feridas e as suturas são dos principais conhecimentos que os doentes e os seus familiares têm, sabendo qual deve ser o seu aspeto normal e o que fazer em caso de apresentarem líquido, se estiverem vermelhas ou com exsudado: “o enfermeiro explicou-me os cuidados que deveria ter com as feridas.”; “ensinaram-me a observar as suturas, se estiveram vermelhas ou com exsudado contactar o hospital...”. Complicações como a falta de ar, o cansaço, a retenção de líquidos, a cor da expetoração for anormal assim como a presença de febre são outras das complicações apontadas pelos doentes a que devem ter atenção.

Por fim, e relativamente às expetativas sobre os cuidados de enfermagem no que toca ao conhecimento sobre o tratamento cirúrgico, os doentes esperam que estes sejam um grande apoio emocional nesta fase, e que os ensinem os cuidados, tanto aos próprios doentes como às suas famílias, com toda a paciência. Os doentes realçam que os enfermeiros conseguem tornar simples a grande quantidade de informação que um procedimento desta natureza implica, sendo uma equipa extremamente profissional e responsável. Espera-se que os enfermeiros apaziguem a família, com as suas informações especialmente aquelas que se mostram mais nervosas e preocupadas.

Análise de conteúdo – 3º momento

Dimensão	Categoria	Sub-categorias	Unidades de registo	Unidades de enunciação
Conhecimento sobre os cuidados no regresso a casa	Preparação para o regresso a casa	Conhecimento da continuidade dos cuidados após a alta	“tenho que vir a consulta dia x...”	15
			“vou tirar os agrafos ao centro de saúde...”	5
			“vou marcar consulta com o meu cardiologista...”	9
			“agora tenho que ir ao medico de família mostrar os papeis...”	9
			“se tiver alguma duvida posso ligar sempre para o serviço...”	10
			“venho a consulta para a semana e continuo a ser seguida pelo cardiologista...”	8
			“se não conseguir ir ao centro de saúde posso vir ao hospital retirar os agrafos..”	8
			“foi-me dito que se precisasse ligar sempre para o serviço, têm medico 24h dia...”	7
		Demonstra conhecimento sobre a gestão do regime medicamentoso	“levo tudo escrito...”	10
			“este livrinho tem toda a informação...”	3
			“levo aqui as receitas...”	4
			“o médico deu-me uma grelha com a hora e o nome dos medicamentos...”	6
			“o enfermeiro explicou-me tudo, quais eram os comprimidos e a hora que devo tomar...”	5
			“os enfermeiros ao longo do internamento explicaram a medicação toda...”	7
			“não tenho dúvidas, durante os dias explicam tudo...”	6

			“tenho que tomar a dose do varfine sempre certinha, eles todos os dias ao jantar falavam sobre isso..”	6
			“como os enfermeiros explicam tudo, na hora de ir embora fica mais fácil...”	8
			“se não tivessem feito os ensinamentos durante o internamento, neste momento não aprendia nada...”	5
			“quero ir tanto para casa, que não ouvi nada o que o médico me disse, o enfermeiro já me explicou...”	2
			“muitos destes medicamentos já tomava em casa...”	4

Análise de conteúdo – 3º momento

Dimensão	Categoria	Sub-categoria	Unidades de registo	Unidades de enunciação
Conhecimento sobre os cuidados no regresso a casa	Preparação para o regresso a casa	Como os enfermeiros o poderiam ter ajudado mais na recuperação	“não poderiam ter feito mais do que fizeram...”	5
			“foram atenciosos e profissionais...”	6
			“anteciparam muitas vezes as minhas necessidades, físicas e emocionais...”	3
			“não têm muito tempo para conversar....”	9
			“são poucos e às vezes não chegavam a tudo...”	6
			“às vezes explicavam as coisas a caminhar...”	3

			“ que se sentassem a explicar as coisas com mais tempo...”	2
			“ fiquei muito admirada, esperavam muitas vezes pela minha família para fazer os ensinamentos...”	6
			“ mais é impossível são poucos e trabalham muito...”	6
			“ ajudaram tanto, sempre que pedi alguma coisa ajudaram...”	3
			“ encaminharam-me para a assistente social sem eu pedir, viram a minha aflição e discretamente pediram ajuda...”	3

Por fim, o terceiro momento da entrevista foi realizado relativamente aos conhecimentos que os doentes e os seus familiares têm sobre os cuidados a ter no regresso a casa, nomeadamente sobre a preparação a ser feita para o regresso a casa dos doentes que forma submetidos a cirurgia cardíaca.

No que concerne ao conhecimento da continuidade dos cuidados após a alta, os doentes referem que todos os cuidados a ter foram escritos e explicados, sendo se tiver algum tipo de dúvida pode ligar para o serviço que estas serão retiradas: “levo tudo escrito...”; “se tiver alguma dúvida posso ligar sempre para o serviço...”. Grande parte refere a continuidade do tratamento, nomeadamente, as consultas no serviço de cardiologista de modo a realizar um acompanhamento da evolução do doente. Também existe a perfeita noção que terão de ser sempre seguidos pelo cardiologista a partir desse momento.

Relativamente ao conhecimento sobre a gestão do regime medicamentoso, os doentes realçam o papel do enfermeiro, como elementos facilitadores para a compreensão do regime medicamentoso, explicando-lhes quais os comprimidos a tomar e a que horas é que estes devem ser tomados. Os enfermeiros não só explicam e respondem a questões na altura da alta como também explicam todas as questões que possam aparecer durante todo o tempo de internamento. Regra geral os doentes e as suas famílias não têm qualquer dúvida relativamente à medicação muito por causa do acompanhamento que vão tendo em todas as fases do internamento por parte de médicos e enfermeiros.

Por fim quando questionados de que forma os enfermeiros poderiam ter ajudado mais na sua recuperação, muitos indicaram que estes não têm muito tempo para conversar. Tal acontece devido a outras razões também indicadas pelos doentes, por serem muito poucos e terem uma grande carga de trabalho à sua responsabilidade. No entanto, os doentes apontam que estes não podiam ter feito mais do que fizeram tendo em conta as especificidades do seu trabalho, tendo sido sempre atenciosos e profissionais, antecipando-se no que toca às necessidades físicas e emocionais do doente. Também referem que além do acompanhamento ao doente faziam também o acompanhamento às famílias, ensinando-lhes quais os cuidados a ter após a alta.

**Apêndice XIV - Reflexão sobre a apresentação do projeto à
equipa de enfermagem**

Reflexão sobre a apresentação do projeto à equipa de enfermagem

A apresentação do projeto à equipa decorreu no período de 15 a 19 de Janeiro de 2018, no total de 4 sessões, com o tema “ A preparação da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e/ou família para o regresso a casa – intervenções”. O objetivo desta apresentação foi apresentar e contextualizar o projeto de estágio e promover a reflexão e o debate na equipa de enfermagem ao nível das práticas de cuidados de enfermagem, o que se faz bem e o que é possível melhorar na preparação pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e sua família para o regresso a casa.

Cada apresentação permitiu a discussão de ideias, onde foi possível cada enfermeiro expressar a sua opinião e dar algumas sugestões, tendo em conta a sua experiência individual. Em todas as sessões foi possível perceber que a equipa participaria e estaria disponível a colaborar se não tivesse que ser disponibilizado muito tempo para a concretização do que era pedido. Nestas sessões foram debatidos diferentes aspectos tendo em conta o feedback dos enfermeiros e a dimensão do grupo, onde foi sempre ultrapassado o tempo definido, quer pelo interesse pelo tema e a pertinência do projeto quer pela disponibilidade que estes elementos demonstraram em colaborar.

Mais do que a preocupação em apresentar o que se fazia no serviço foi focado os aspectos que se poderiam melhorar e como se poderia melhorar. E a pertinência de envolver a família nos cuidados desde o momento da admissão até o dia da alta foi abordado pela maioria dos enfermeiros, que consideravam que nem sempre estavam disponíveis para que isso acontecesse. Ainda está muito presente o modelo biomédico em que o foco é a doença, muito voltada para a sintomatologia, embora foi também referido que em situações de urgência/emergência este modelo permite objetividade e agilidade facilitando o restabelecimento físico num primeiro momento, podendo posteriormente ser tido outros aspectos em consideração.

A colheita de dados é feita a todos os doentes no serviço e uma das falhas detetadas foi que era feita igualmente a todos, e que em relação à pessoa idosa e família não tinham em conta as suas peculiaridades. E o que deveria ser feito era completar a informação recolhida, rede de apoio familiar, necessidade de apoio social e se a família esteve presente desde o momento da admissão. Esta estratégia permite um conhecimento mais

amplo da pessoa idosa e família e responsabilizar a equipa de enfermagem pela colheita dos dados, não sendo necessário o enfermeiro disponibilizar mais tempo.

A equipa de enfermagem refere a importância dos registos, que estes deveriam reflectir a sua prática de cuidados mas o que nem sempre acontece. Os registos são na maioria das vezes delegados para 2º plano, e que apesar de terem esta consciência dão primazia aos cuidados de enfermagem á pessoa idosa. Tendo eles conhecimento dos ensinios e da importância da capacitação da pessoa idosa e família para a alta, referem fazer-lo sempre indo de encontro às suas necessidades e no momento que consideram oportuno, como por exemplo na realização de um penso onde é explicado por exemplo sinais e sintomas de infecção, mas que não é registado. Faz com que no processo não fique registado o que foi feito nem a quem foi feito. Embora esteja estipulado no serviço a entrega do Guia de Orientação para a Alta ao 4º dia no turno da manhã nem sempre é feito, referiram por esquecimento ou algumas vezes por indisponibilidade , embora mesmo que o entreguem não registam se deram e a quem foi dado.

Esta informação recolhida e a consciência que a pessoa idosa tem características únicas, permitiu que a equipa de enfermagem refletisse sobre os cuidados prestados. O que se verifica é um aumento de pessoas idosas internadas para cirurgia cardíaca, e na maioria das vezes a pessoa de referência é a esposa ou marido também eles idosos em que os filhos trabalham e nem sempre podem dar apoio necessário. Embora se tenha a consciência da importância de envolver a família nem sempre é feito. Os enfermeiros referem que pedem muitas vezes a família para sair no momento da prestação de cuidados.

Após esta reflexão foi possível compreender que uma equipa de enfermagem motivada, envolvida em projetos que vão de encontro a melhoria da sua prestação de cuidados fará toda a diferença no envolvimento e empenho dos mesmos.

Apêndice XV – Questionário anónimo à equipa de enfermagem

QUESTIONÁRIO ANÓNIMO

Caracterização da Equipa de Enfermagem

1. **Género**
- | | |
|-----------|--------------------------|
| Masculino | <input type="checkbox"/> |
| Feminino | <input type="checkbox"/> |
2. **Estado civil**
- | | |
|----------|--------------------------|
| Casado | <input type="checkbox"/> |
| Solteiro | <input type="checkbox"/> |
| Outro | <input type="checkbox"/> |
- Qual:

3. **Idade**

4. **Habilitações académicas**

- | | | |
|---------------|--------------------------|--------------|
| Bacharelato | <input type="checkbox"/> | |
| Licenciatura | <input type="checkbox"/> | |
| Especialidade | <input type="checkbox"/> | Especifique: |
| Mestrado | <input type="checkbox"/> | Especifique: |
| Doutor | <input type="checkbox"/> | Especifique: |

Caso tenha outra formação ou frequente, especifique:

5. **Tempo de atividade profissional (anos):**

6. **Tempo de atividade profissional no serviço (anos):**

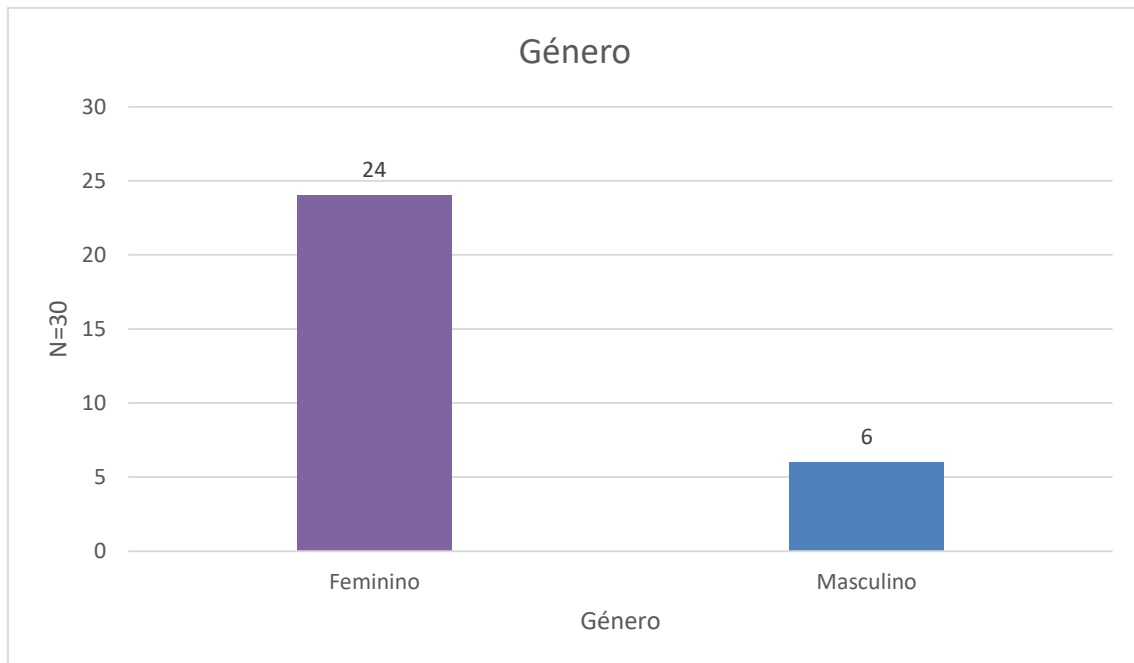
7. **Tipo de horário:**

Roulement	<input type="checkbox"/>
Fixo	<input type="checkbox"/>

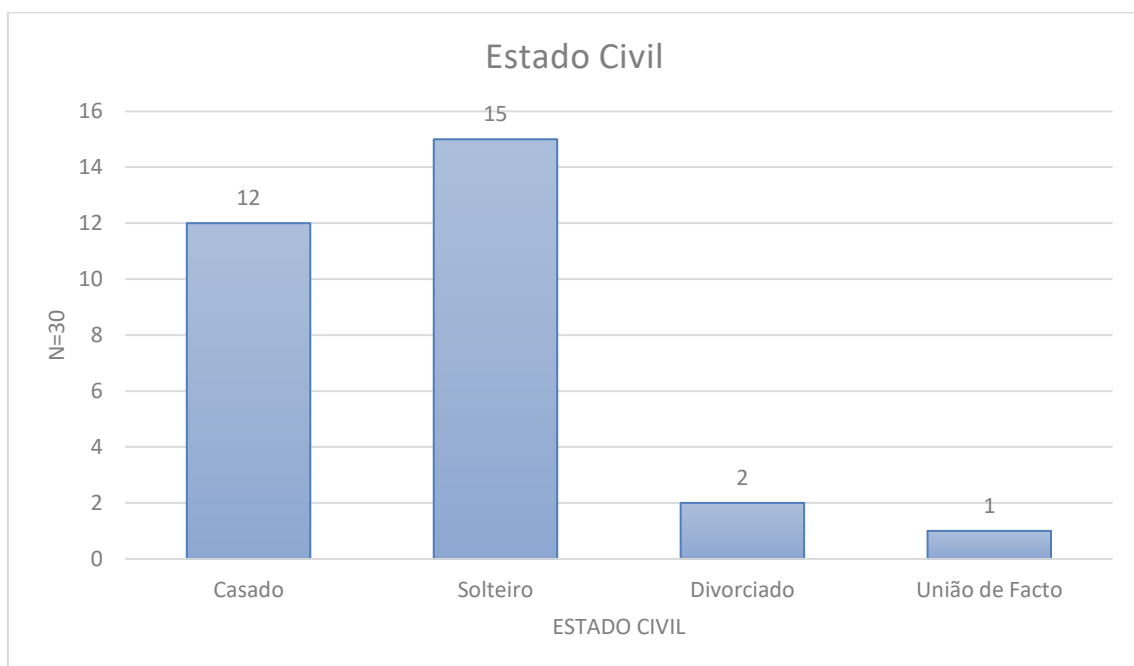
Obrigada pela colaboração
Novembro 2017

**Apêndice XVI – Analise do questionário anonimo da equipa de
enfermagem**

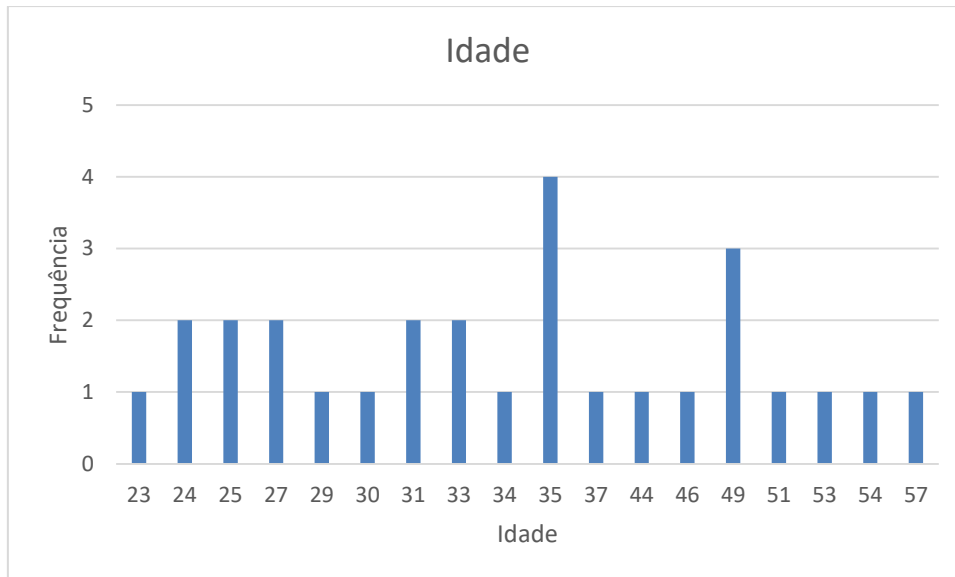
Caracterização da equipa de enfermagem



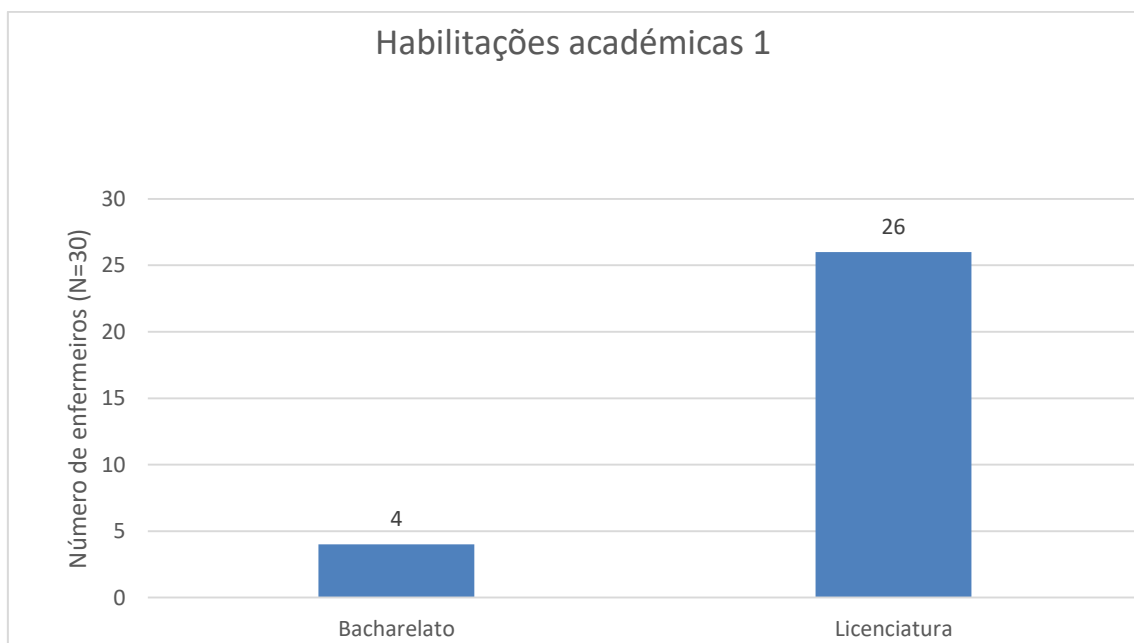
Do total de 30 enfermeiros que responderam ao questionário a maioria são mulheres, sendo que 80% são do sexo feminino e 20% do sexo masculino.



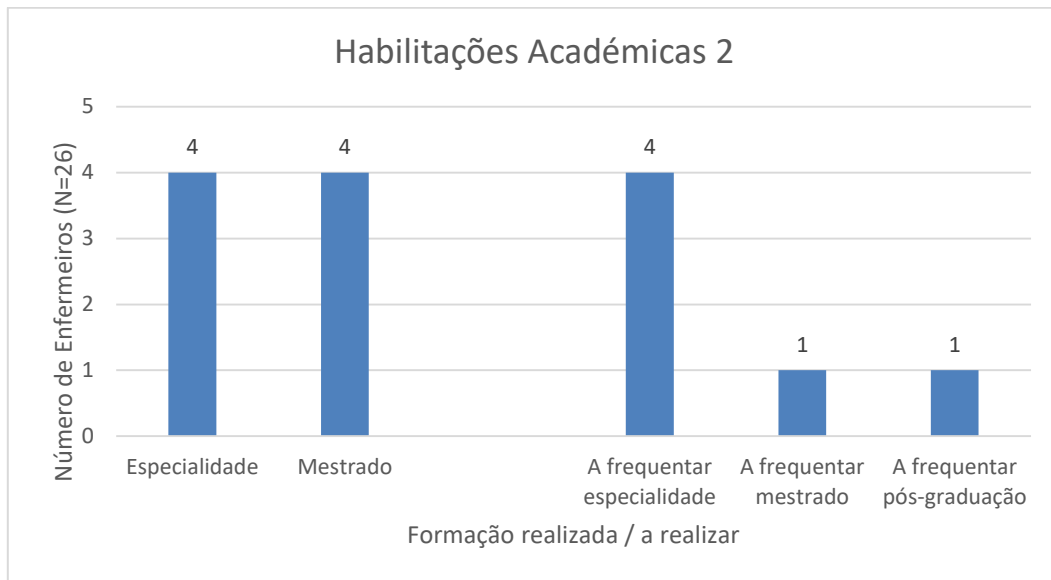
Relativamente ao estado civil, 40% dos enfermeiros são casados, 50 % solteiros e 10% vivem em união de facto ou são divorciados.



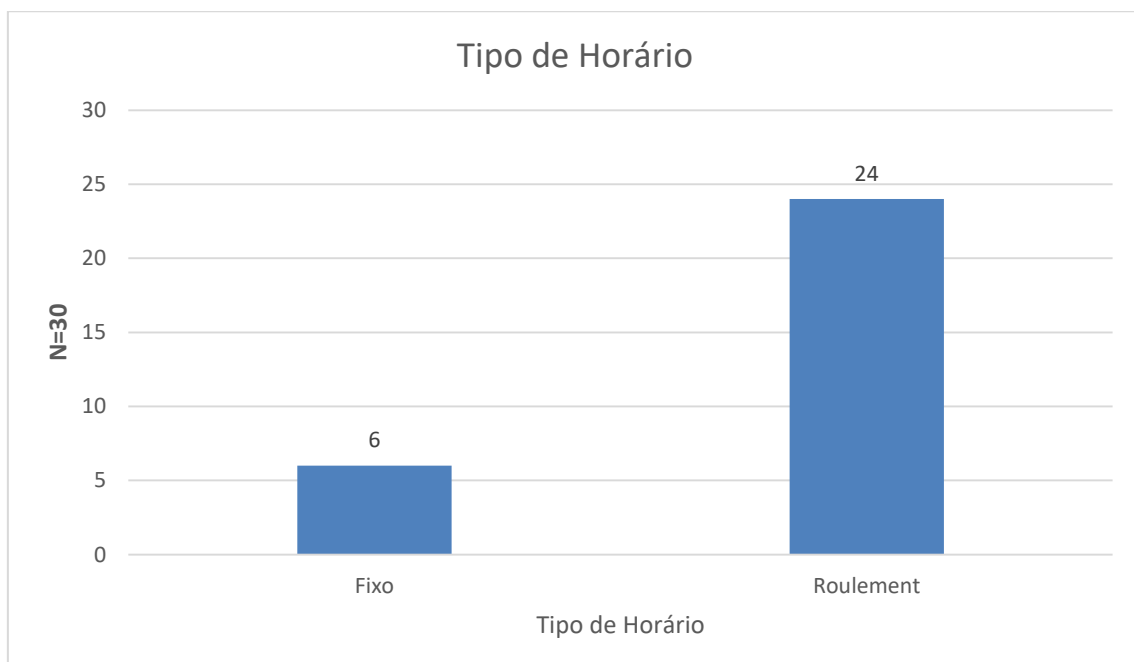
As idades variam entre os 28 anos (mais baixa) e os 57 anos (mais alta), apresentando uma média de 35,3 anos e a moda de 35 anos.



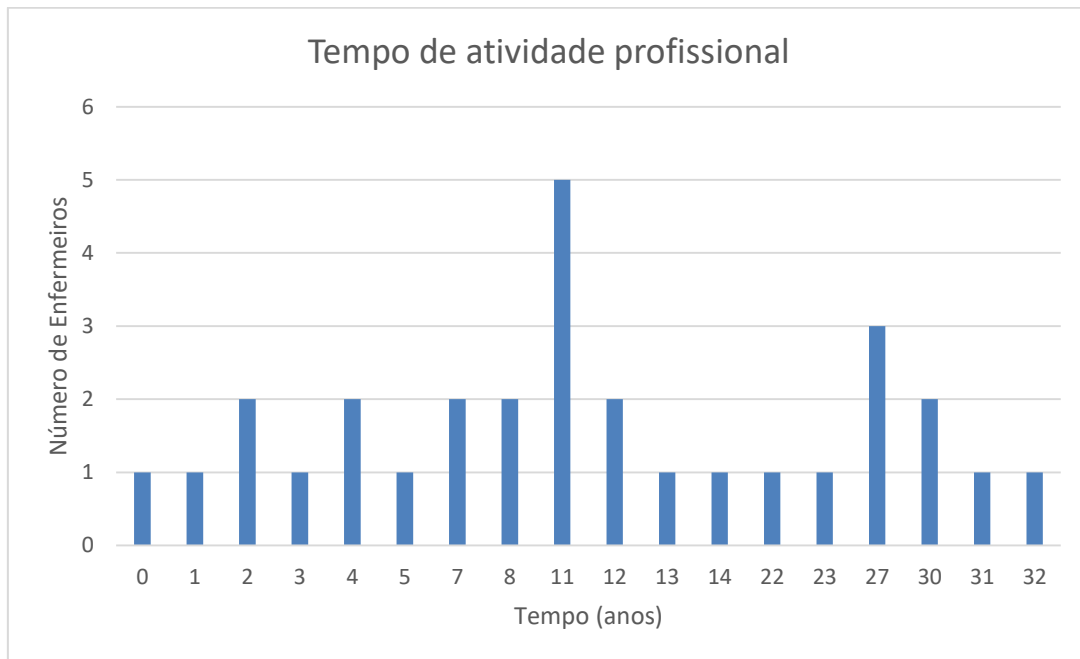
A maioria dos enfermeiros tem uma licenciatura como habilitação académica (87%), enquanto apenas 13% detém o grau de bacharelato.



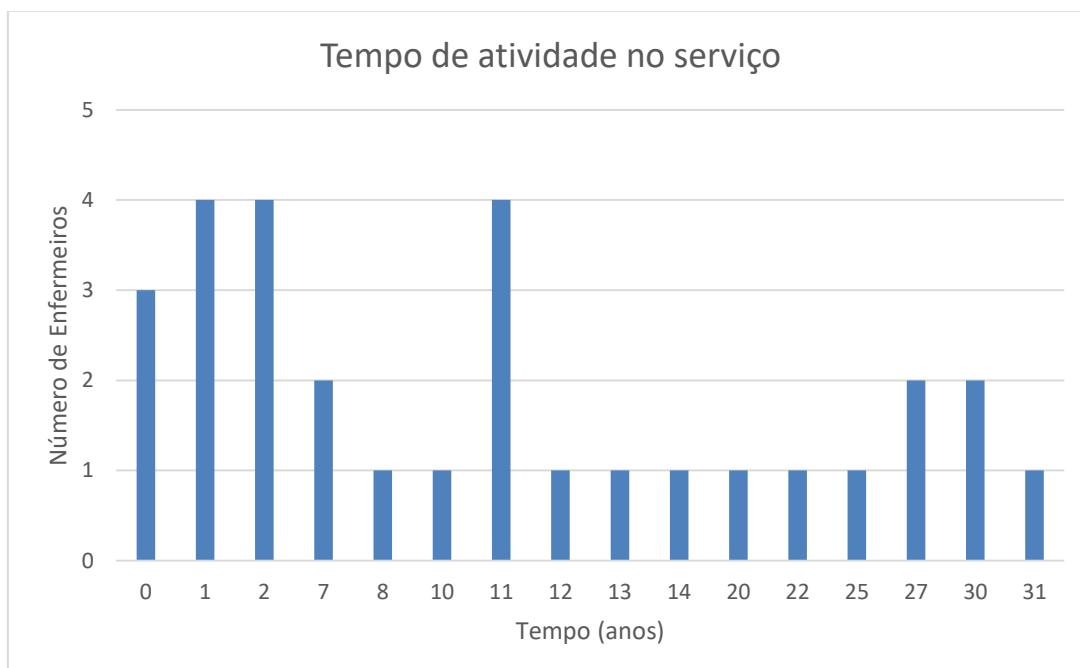
Dos enfermeiros licenciados, quatro têm especialidade e outros quatro encontram-se a tirar a especialidade. Também quatro enfermeiros detêm o grau de mestre; outro encontra-se a frequentar um mestrado e um outro enfermeiro da equipa frequenta uma pós-graduação.



Relativamente ao tipo de horário praticado, à data da aplicação do questionário, 80% dos enfermeiros fazem horário *roulement* e 20% têm horário fixo.



Relativamente ao tempo de serviço na atividade profissional, assinala-se uma média de 13,63 anos, sendo o mínimo menos de um ano e o máximo 32 anos. A moda é de 11 anos.



Em relação ao tempo de atividade profissional no serviço, 11,11 anos é a média assinalada, sendo o mínimo menos de um ano e o máximo 31 anos.

Apêndice XVII – Questões para a equipa de enfermagem

Instrumento de colheita dados das narrativas dos enfermeiros no diagnóstico de situação

Este questionário insere-se no percurso académico do 8º Curso de Pós -Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa, na ESEL.

Pretendemos realizar o estágio norteado pelo projeto subordinado ao tema “A preparação da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e/ou família para o regresso a casa – intervenções de enfermagem”.

Consideramos ser fundamental para uma prestação de cuidados de saúde de qualidade que estes sejam centrados na pessoa idosa/família e nas suas reais necessidades. Neste contexto é imprescindível a preparação para a alta e que esta seja expressa, de forma clara, nos registos de enfermagem

Creemos que a sua opinião é fundamental para a melhoria contínua dos cuidados e, consequentemente, dos registos de enfermagem.

Não existem respostas certas ou erradas. As respostas são confidenciais.

De forma sucinta e no máximo de 3 linhas, responda às duas questões, seguintes:

O que entende como preparação para a alta?

Que aspetos considera fundamentais abordar na preparação para a alta?

Obrigada pela colaboração
Novembro 2017

Apêndice XVIII – Análise da narrativa dos enfermeiros

ANÁLISE DA NARRATIVA DOS ENFERMEIROS

No período de 6 a 18 de Novembro foi solicitado aos enfermeiros do serviço que refletissem sobre os cuidados prestados às pessoas idosas, internadas para realização de cirurgia cardíaca e família, sendo essa reflexão norteadas por 2 questões. As reflexões sobre essas questões constituem as narrativas dos enfermeiros, que foram sujeitas a análise segundo Bardin (2009). Nesse período as equipas eram constituídas por 30 enfermeiros, sendo que 3 estavam de férias, não tendo sido por isso incluídos na população em estudo. Do total de 27 enfermeiros, participaram 20, constituindo cerca de 71,4% da população total.

Os enfermeiros nas suas narrativas, explanaram o que compreendiam como preparação para a alta da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família, aparecendo vários pontos comuns a considerar:

- Esclarecimento de dúvidas da pessoa idosa e família – 5 referências;
- Avaliação das necessidades da pessoa idosa e família após cirurgia cardíaca – 16 referências;
- Explicação sobre os cuidados de enfermagem desde o momento de admissão á alta – 5 referências;
- Conhecimento da história de vida e de saúde da pessoa idosa – 12 referências;
- Realização de ensinios para capacitação da pessoa idosa e família para continuar o processo de recuperação no seu contexto familiar – 9 referências;
- Explicação dos procedimentos ao longo do internamento - 5 referências;
- Inicia-se desde o primeiro contacto da pessoa idosa com o serviço – 20 referências;
- Envolvimento da família em todos os cuidados – 18 referências;
- Encaminhamento para os recursos de saúde na comunidade para continuação de cuidados- 9 referências;
- Respeitar a vontade da pessoa idosa e família – 5 referências;

- Envolvimento da pessoa idosa nas decisões dos cuidados – 13 referências;
- Preparação da pessoa idosa para o regresso a casa o mais autónoma possível – 3 referências;
- Cuidados de enfermagem para melhorar a qualidade vida após cirurgia cardíaca - 4 referências.

Os aspetos mais referidos pelos enfermeiros é o momento em que a preparação para a alta se inicia, com o envolvimento da família nos cuidados e da pessoa idosa nas decisões de cuidados, tendo em conta as necessidades da mesma e do conhecimento da sua história de vida e de saúde.

A reflexão sobre a preparação para a alta, surge como ponto de partida para que cada enfermeiro pudesse refletir sobre os seus conhecimentos teóricos e como estes se refletem na prática. As intervenções de enfermagem devem ir de encontro às reais necessidades da pessoa idosa e família, individualizados e centrados na pessoa e não na doença. A média de dias de internamento é de 7 dias, mediante os dados do serviço de 2013.

Para complementar a primeira questão, foi questionado aos enfermeiros que aspetos consideravam fundamentais abordar na preparação para a alta, no sentido de conhecer as intervenções que consideravam mais pertinentes, tendo referido os seguintes:

- Cuidados com as suturas operatórias, sinais e sintomas de infeção – 5 referências;
- Cuidados com a alimentação – 6 referências;
- Gestão terapêutica – 19 referências;
- Conhecer as condições de apoio familiar e da comunidade – 3 referências;
- Conhecer os aspetos socio-económicos e habitacionais da pessoa idosa e família – 3 referências;
- Saber os conhecimentos que a pessoa idosa e família têm sobre a cirurgia – 8 referências;
- Conhecer a vida social e profissional da pessoa idosa e família – 2 referências;

- Ir de encontro às necessidades do doente e família – 5 referências;
- Validar se no momento da alta têm o conhecimento necessário para continuidade de cuidados em casa- 7 referências;

A análise da narrativa dos enfermeiros possibilitou compreender quais os cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família e fez com que cada enfermeiro fizesse uma reflexão sobre a sua prática de cuidados. Embora nas suas narrativas não esteja explícito o que diferencia os seus cuidados entre o adulto e a pessoa idosa, sendo que através das suas reflexões, os enfermeiros revelam a importância de se iniciar a preparação para a alta no momento da admissão, verificando-se uma preocupação em conhecer a pessoa idosa em todas as suas dimensões, assim como a tentativa de envolver a família nos cuidados prestados à pessoa idosa. De uma forma geral, verifica-se uma preocupação em transmitir à pessoa idosa e família os cuidados e informações necessárias, indo de encontro às suas necessidades e expectativas para a continuidade de cuidados após a alta.

A equipa de enfermagem considera importante o envolvimento da família na prática de cuidados e no planeamento de uma ação conjunta para o regresso a casa da pessoa idosa, submetida a cirurgia cardíaca. O verdadeiro conhecimento da pessoa idosa e família, na sua globalidade permite identificar objetivos e estratégias capazes de assegurarem a continuidade do seu projeto de vida e de saúde da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca.

As narrativas evidenciam existir uma consciencialização por parte da equipa de enfermagem na importância da preparação para a alta da pessoa idosa, embora se verifique que este conceito ainda não se encontre definido e interiorizado por todos os elementos da equipa de enfermagem.

A apresentação dos resultados deve ser realizada à equipa de enfermagem, para que a mesma tome consciência da importância da preparação para a alta e de tudo o que isto implica, quer para a pessoa idosa quer para a sua família.

**Apêndice XIX – Grelha de observação dos cuidados de
enfermagem, análise e resultados estatísticos**

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

	Novembro	13	15	16
1º Momento (Admissão)	Acolhimento e integração da pessoa idosa/família no serviço	6	6	6
	Inclusão da família	3	5	5
	Ensinos a pessoa idosa/família	3	6	6
	Esclarecimento de dúvidas a pessoa idosa/família	3	6	6
2º Momento (4º dia pós-operatório)	Entrega do Guia Orientador para a Alta	4	3	4
	Ensinos a pessoa idosa/família	6	6	6
	Esclarecimento de dúvidas a pessoa idosa/família	5	6	6
	Inclusão da família nos cuidados	3	2	2
3º Momento (Dia da Alta)	Entrega da nota de alta	6	6	6
	Esclarecimento de dúvidas pessoa idosa/família	6	6	6

ANÁLISE E RESULTADOS ESTATÍSTICOS DA OBSERVAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A observação da prática dos enfermeiros nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família, foi realizado no período de 13 a 16 de novembro, sendo feito o seu registo numa grelha construída para o efeito. A mesma foi elaborada tendo em conta os três momentos definidos como orientadores no decorrer deste estágio. Nesse período foram observados 18 enfermeiros nos três momentos de observação, 6 enfermeiros em cada dia dos três dias definidos para a realização desta atividade, sendo que esta foi realizada em 3 dias diferentes, no sentido de conseguir abranger um maior número de enfermeiros.

Num primeiro momento fomos observar as práticas dos enfermeiros na altura da admissão do doente no serviço, onde é realizado o acolhimento e integração do doente e família no serviço. O doente dá entrada no serviço no dia anterior à cirurgia e neste período pré-operatório, o enfermeiro deverá conhecer o doente e família na sua singularidade, os possíveis medos e dúvidas, para que as orientações e cuidados não ocorram de maneira precipitada em relação ao procedimento cirúrgico, explicando situações que o doente não deseja saber e deixando de lado o que realmente é importante destacar.

As orientações devem ser elaboradas de forma clara e objetiva utilizando um contexto com qualidade e não quantidade de informações, evidenciando assim, um momento de interação, diálogo, tranquilidade e esclarecimento com o doente e família. Nesse sentido, este momento de admissão do doente e família deve possibilitar o seu conhecimento, no sentido de preparar uma sistematização dos cuidados de enfermagem individualizados, respeitando as diferenças de cada um. Quando o doente e família têm conhecimento sobre tais acontecimentos, podem-se minimizar ou evitar complicações no pós-operatório da cirurgia cardíaca, além de permitir ainda que o doente fique mais tranquilo e esteja preparado para encarar todo o percurso do internamento.

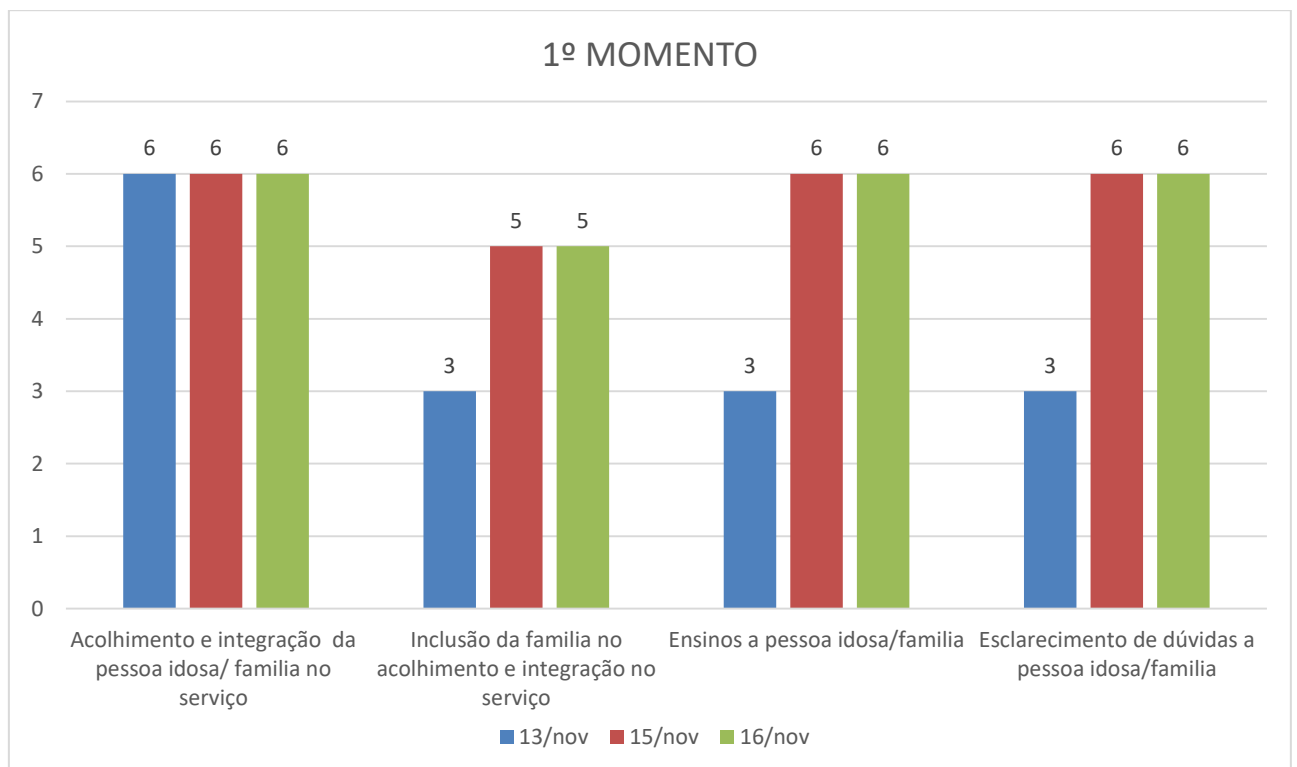
Como podemos observar no gráfico 1, o momento de admissão do doente e família no serviço é valorizado pelos enfermeiros, altura em que o acolhimento e integração do doente e família foi realizado por todos os enfermeiros. Apenas no primeiro dia se observou uma menor preocupação em incluir a família nesta

preparação, para a integração no momento dos ensinamentos do pré e pós-operatório. Os enfermeiros são os responsáveis pela gestão do cuidado no período pré-operatório, onde a necessidade de clarear e aprofundar os diferentes aspectos que envolvem as orientações aos idosos no pré-operatório da cirurgia cardíaca é um aspecto de extrema importância, facilitando desta forma a educação em saúde.

Através da observação das práticas é interessante constatar que os enfermeiros aproveitam este momento para fazer educação em saúde mais individualizada, assistindo de forma adequada ao doente e família, de acordo com a percepção e expectativa, direcionando as orientações segundo as suas particularidades e a sua capacidade de assimilar as informações.

No sentido de melhorar o exercício profissional, a Ordem dos Enfermeiros (2003) menciona a necessidade dos profissionais integrarem a família nas intervenções de enfermagem e que estas se potenciam, se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados.

Gráfico 1 – Resultados relativos ao 1º momento

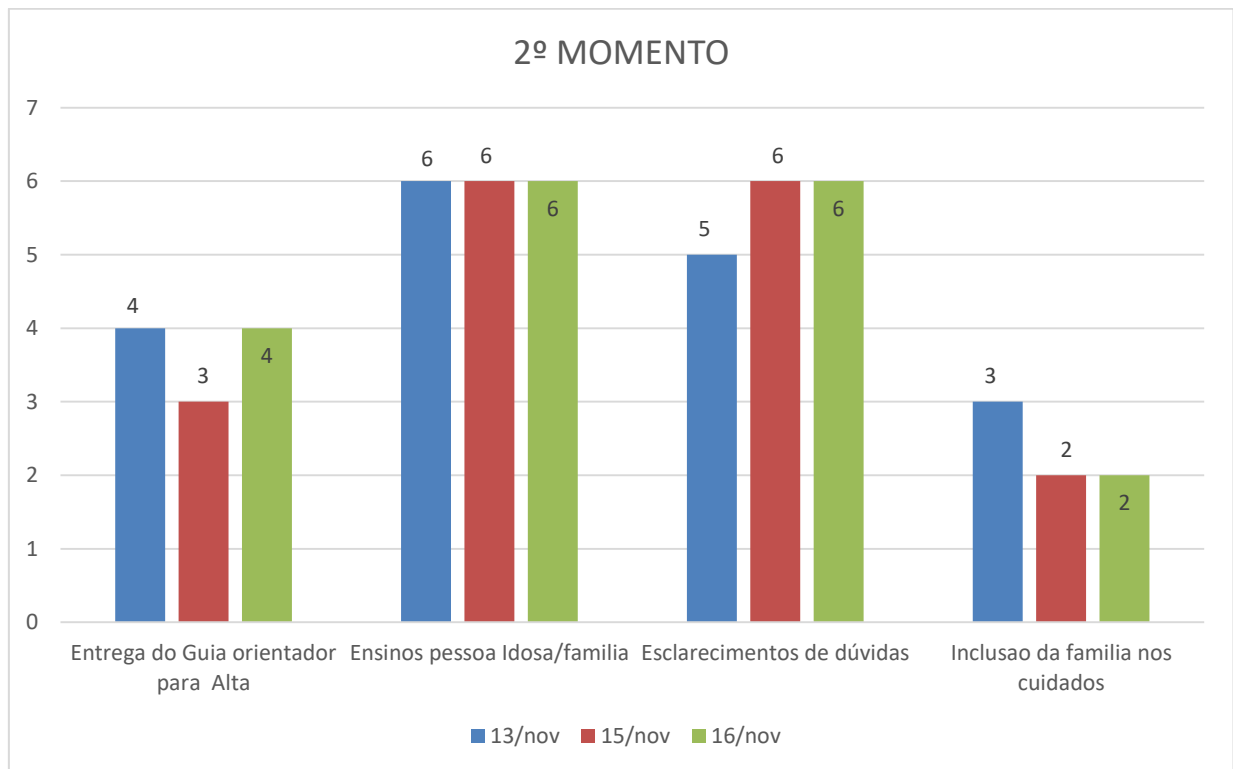


Nos aspetos relacionados com o 2º momento, definido anteriormente como o 4º dia pós-operatório (quadro 2), verifica-se que os enfermeiros procuram ativamente fornecer as orientações pós-operatórias ao doente submetido a cirurgia cardíaca e principalmente, fornecer informações que sejam significativas para os doentes que minimizem as suas dúvidas e angústias. Quanto melhor forem as orientações pós-operatórias fornecidas pela equipa de enfermagem, melhor será o prognóstico e mais rápida será a recuperação dos doentes, no entanto foi possível verificar que neste momento a família ainda não é encarada como parte integrante da equipa, pois apesar de alguns ensinamentos e esclarecimento de dúvidas, foram poucas as vezes em que os mesmos foram incluídos nos cuidados.

Nos três dias de observação os únicos momentos em que observamos a família integrada nos cuidados, foi nas mobilizações do doente. Aqui, o enfermeiro fez ensino á filha em como fazer o levante do leito para a cadeira e da cadeira para o leito, exemplificou e depois foi a filha a executar.

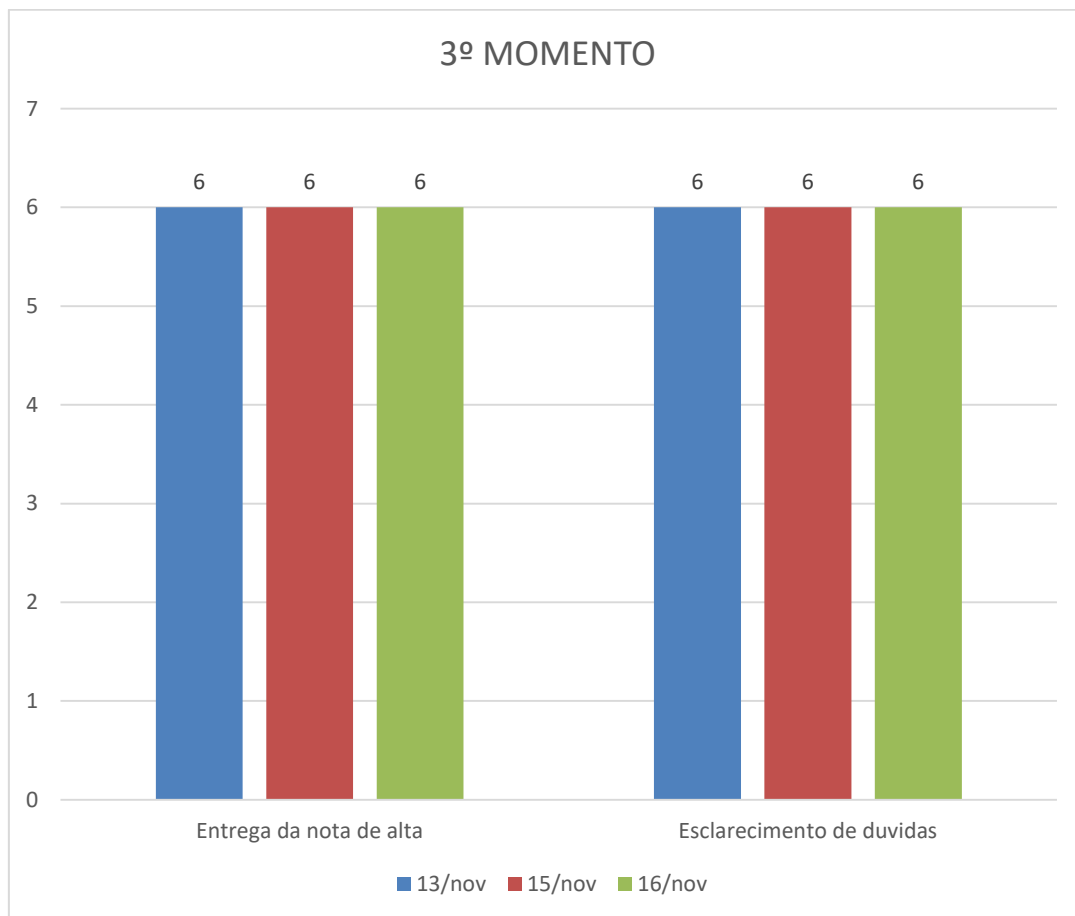
É um “dever” do enfermeiro, enquanto profissional de saúde, habilitar e capacitar a família na prestação e envolvimento dos cuidados em colaboração, para assim prestar e consolidar da melhor forma esses cuidados. É a família que após uma hospitalização vai cuidar do seu familiar, tentando dar resposta e satisfazer as suas necessidades. Por este motivo a família deve começar a ser preparada desde o momento de admissão do doente até ao momento da alta hospitalar, com o objetivo de se preparar da melhor forma possível a transição dos cuidados hospitalares para os cuidados domiciliários.

Gráfico 2 – Resultados relativos ao 2º momento



No 3º momento, (dia da alta), foi interessante verificar que existe uma grande preocupação em entregar a nota de alta e em esclarecer dúvidas ao doente submetido a cirurgia cardíaca e à família. A preparação para a alta, deve ser iniciada a partir do momento de admissão do doente, sendo que aqui, a função pedagógica do enfermeiro reveste-se de grande importância, nomeadamente ao nível da educação ao doente e da sua família, tanto no momento da alta, assim como em todo o processo de doença. No dia da alta, o doente deverá fazer-se acompanhar de todos os documentos informativos necessários para garantir a continuidade de cuidados, nomeadamente a nota da alta. Todos os doentes e os seus familiares devem manter-se devidamente informados e participativos ao longo do processo.

Gráfico 3 – Resultados relativos ao 3º momento



Reflexão Final

A interpretação dos dados da observação das práticas de enfermagem, permitem concluir que existe uma grande preocupação desde o primeiro momento, em a capacitar o doente ao longo de todo o internamento. Verifica-se disponibilidade por parte da equipa de enfermagem em capacitar e auxiliar o doente a desenvolver e a acreditar no seu potencial, permitindo que este se envolva nos cuidados e faça a gestão do processo de regresso a casa, junto com o seu familiar. Embora exista um planeamento estruturado de cuidados que permitem a capacitação da pessoa idosa/família, fica evidente que este é cumprido e que a maioria dos enfermeiros planeia as suas intervenções/ações tendo em conta as reais necessidades da pessoa idosa.

Não existiu a preocupação em incluir a família como foco de atenção dos cuidados, facto que pode comprometer a capacitação da pessoa idosa e/ou da

sua família para gestão da sua nova condição de saúde. Verifica-se que existe disponibilidade para fazer ensinios pontuais ou esclarecer dúvidas, mas ainda se constata muitas vezes, que no momento da prestação de cuidados, pedir à família que saia e não se questionar se querem ficar nesse momento (sempre em concordância com o doente).

A apresentação dos resultados deve ser realizada à equipa de enfermagem, para que desta forma, a mesma tome consciência da importância da integração da família, promovendo assim as boas práticas com a inclusão destes em todo o processo. Seria importante que a equipa de enfermagem tivesse formação sobre trabalhar em parceria com a família, com vista a um objetivo comum na preparação para a continuidade de cuidados do seu familiar após a cirurgia cardíaca.

Apêndice XX – Grelha de observação de registos de enfermagem, análise e resultados estatísticos - avaliação inicial

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE REGISTOS DE ENFERMAGEM

		Registado	Não registado
1º Momento (Admissão)	Registo do acolhimento e integração da pessoa idosa/família	4	16
	Registo dos “ensinos” pessoa idosa/família	5	15
	Registo do esclarecimento de dúvidas pessoa idosa/família	1	19
	Registo da necessidade de encaminhamento para apoio social	1	20
	Elaboração da Avaliação Inicial	20	0
	Elaboração do processo de Enfermagem	20	0
2º Momento (4º dia pós-operatório)	Registo de entrega do Guia orientador para a Alta	8	12
	Registo dos “ensinos” a pessoa idosa/família	7	13
	Registo do esclarecimento de dúvidas a pessoa idosa/família	5	15
	Registo de inclusão da família nos cuidados	2	18
3º Momento (Dia da Alta)	Elaboração da nota de alta	20	0
	Registo da entrega da nota de alta	5	15
	Registo de esclarecimento de dúvidas	2	18

ANÁLISE E RESULTADOS ESTATÍSTICOS DA AVALIAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

Durante o período de 13 a 27 de novembro de 2017, realizou-se a análise de 20 processos de enfermagem das pessoas idosas internadas no serviço para serem submetidas a cirurgia cardíaca ou após já terem sido operadas.

A análise dos dados recolhidos, tanto do processo do doente como das notas de enfermagem diárias, foi efetuado em suporte informático através do programa SClinico, com recurso ao Plano Nacional Único (PNU). Os processos de enfermagem foram analisados tendo em conta os registos em suporte informático do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e organizados tendo por base os seguintes pontos: avaliação inicial, atitudes terapêuticas, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e notas gerais.

Analysaram-se 20 processos que contribuíram para o diagnóstico da situação, tendo sido elaborada a grelha tendo por base o guião de entrevista e a pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca/família.

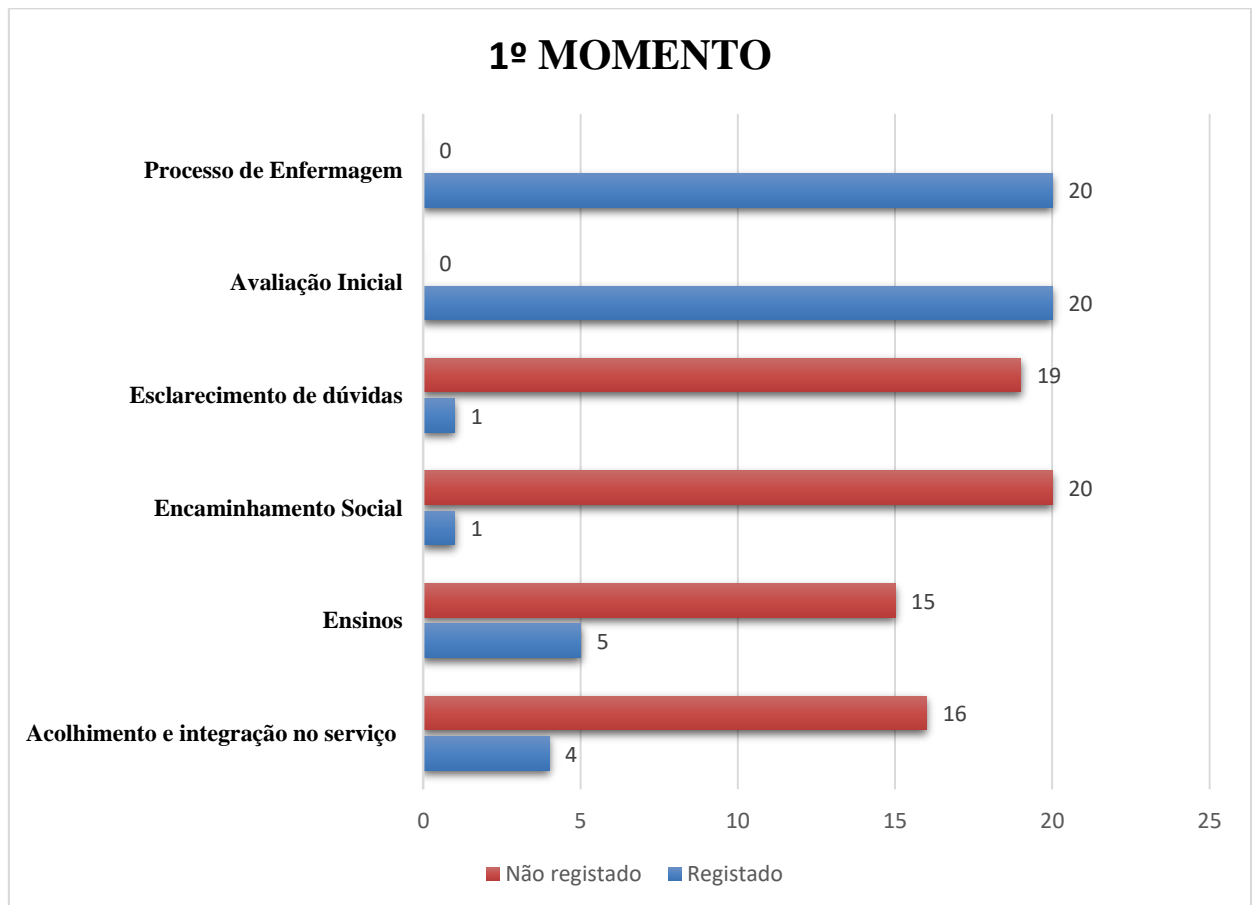
É no 1º contato com o doente (momento de admissão), que o enfermeiro procura conhecer a pessoa idosa/família, o seu contexto de vida, comorbilidades, hábitos de vida, expectativas do internamento e conhecimentos sobre a cirurgia ao qual vão ser submetidas. Este momento é fundamental, visto que permite ao enfermeiro obter um conhecimento global da pessoa idosa/família e também iniciar desde logo a melhor preparação possível para a alta. Esta avaliação é feita no pré-operatório, facilitando assim o planeamento dos cuidados de enfermagem ao passo que também possibilita a antecipação de possíveis problemas.

Verificou-se, conforme demonstrado no gráfico 1 que todos os doentes tinham avaliação inicial e o processo de enfermagem feitos, embora não houvesse registo em nenhum deles quanto à necessidade ou não de encaminhamento para a assistente social. Nos processos analisados não existe qualquer referência à família ou pessoa de referência, quer seja em relação aos ensinamentos ou ao esclarecimento de dúvidas.

O registo do conhecimento que a pessoa idosa tem, do ensino que já lhe foi feito, possibilitam uma continuidade de cuidados de enfermagem, indo de encontro às inquietações/medos da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca

e família sendo este facto de extrema importância, tendo por objetivo a preparação para a alta.

Gráfico 1 – Resultados relativos ao 1º momento

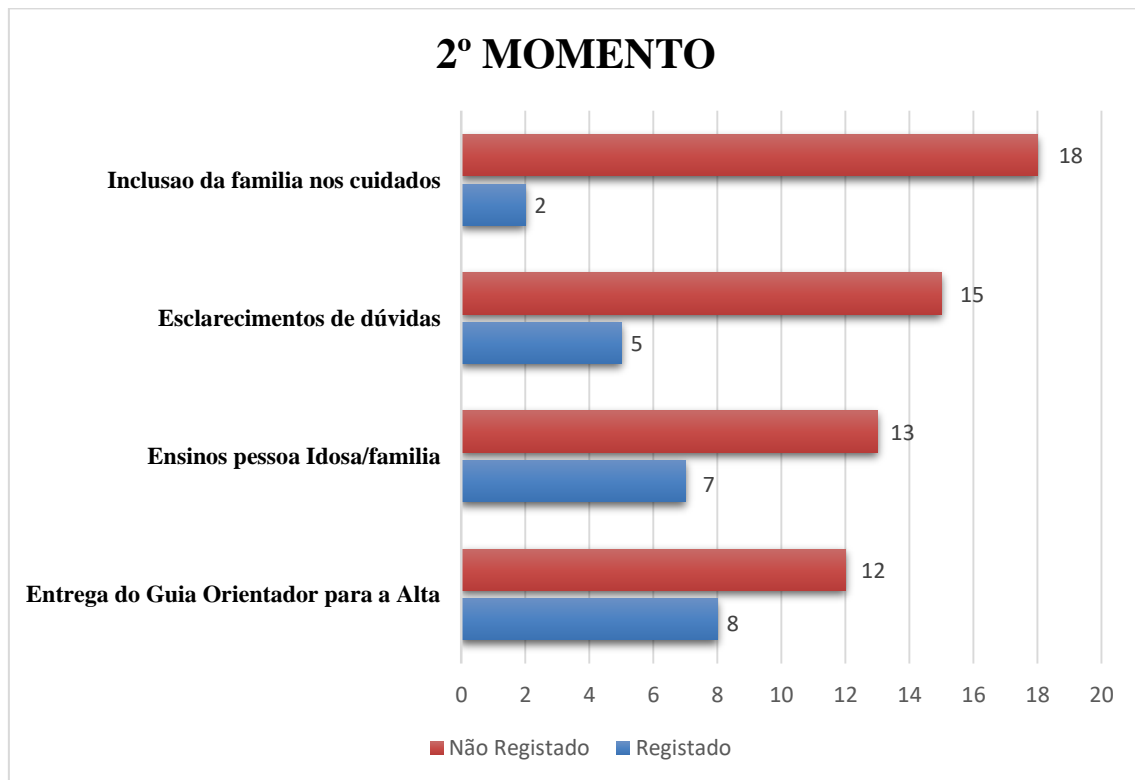


Nos aspetos relacionados com o 2º momento, definido anteriormente como o 4 dia pós-operatório (quadro 2), verifica-se um défice de registos na inclusão da família nos cuidados, pois os dois únicos registos encontrados, dizem respeito ao ensino à família sobre a administração de medicação subcutânea.

Neste momento podemos apurar que em todo o percurso até à alta hospitalar, não está registado se os ensinos foram feitos à pessoa idosa e/ou família nem tão pouco quais as dúvidas que ao longo do internamento são esclarecidas. Não existe registo se estas dúvidas foram esclarecidas, se houve necessidade de fazer ensinos à família ou porque o doente não tinha condições para que fossem feitos ou a pedido do doente.

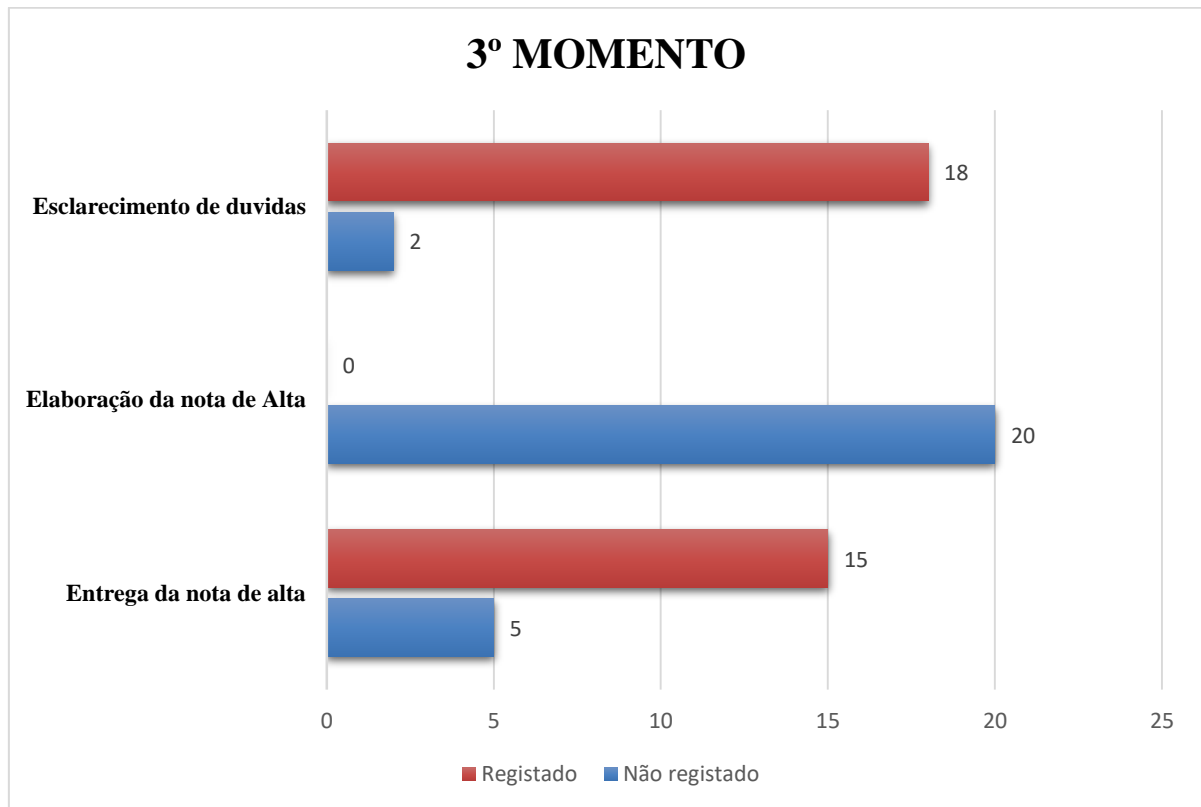
O registo da entrega do guia orientadora para a alta com descrição dos cuidados após cirurgia cardíaca, não é feito na totalidade dos processos analisados

Gráfico 2 – Resultados relativos ao 2º momento



No 3º momento (dia da alta), foi interessante verificar que existe uma grande preocupação em elaborar a nota, tendo sido elaborada em todos os processos, embora 15 destes faziam referência em notas gerais à entrega da nota de alta. Pelos registos, verifica-se que não ficam registadas as dúvidas e/ou questões feitas pelos idosos/família, sendo que, se estes registos fossem realizados desde o primeiro momento, era assim possível à equipa de enfermagem obter informações pertinentes, tais como: dificuldades sentidas pelo doente, cuidados de higiene, a medicação e as suturas em que o planeamento das intervenções de enfermagem fossem de encontro às suas necessidades reais.

Gráfico 3 – Resultados relativos ao 3º momento



Reflexão Final

Através da análise dos registos de enfermagem foi possível fazer uma interpretação dos dados registados pela equipa de enfermagem, podemos concluir que a informação existente não permite o conhecimento global da pessoa idosa/família. A sua história de vida, as suas reais necessidades e as suas expetativas/medos, não se encontram refletidas nos registos de enfermagem.

Os registos encontram-se de forma geral muito incompletos, com ausência de dados de extrema importância que permitiriam um verdadeiro conhecimento da pessoa, como a necessidade de apoio social, os conhecimentos que têm sobre a cirurgia e os cuidados inerentes a esta cirurgia. Não está evidente uma preocupação por parte dos enfermeiros em identificar os conhecimentos prévios que a pessoa idosa tem. É interessante observar que os registos "obrigatórios" como o processo de enfermagem ou a avaliação inicial do doente foi feita em todos os processos do doente mas todas as intervenções

de enfermagem relacionadas com os ensinos, ou o esclarecimento de dúvidas é pouco valorizada pela equipa. A preparação para a alta da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca é feita por toda a equipa de enfermagem e os registos das intervenções realizadas pelos vários elementos permite desenvolver um trabalho de equipa que permita o estabelecer objetivos e estratégias capazes de assegurarem a continuidade do projeto de vida de saúde do doente.

Uma prática de cuidados que contemple um planeamento estruturado de intervenções que permita a capacitação da pessoa idosa/família, deve estar refletida nos registos de enfermagem efetuados.

Daí a importância da apresentação dos resultados à equipa de enfermagem para que a mesma tenha consciência da importância dos registos e tome conhecimento das lacunas e da ausência de registos, que possibilitam o conhecimento da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e o planeamento de uma ação conjunta com o doente e família, com vista a preparação para a alta.

**Apêndice XXI - Plano de sessão de apresentação do projeto à
equipa de enfermagem**

PLANO DE SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO À EQUIPA DE ENFERMAGEM

TEMA: A preparação da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e/ou família para o regresso a casa – intervenções

FINALIDADE: Apresentação do Projeto de Estágio à Equipa de Enfermagem do serviço.

POPULAÇÃO-ALVO: A sessão é destinada a todos os enfermeiros do serviço

LOCAL: Sala de trabalho de enfermagem do serviço

DATA/PERÍODO: De 16/01/2017 a 22/01/2017

HORA: 16h (antes da passagem de turno)
minutos

DURAÇÃO PREVISTA: 15

FORMADORA: Dora Santos

OBJETIVOS GERAIS:

- Apresentar e contextualizar o Projeto de Estágio;
- Promover a reflexão e o debate na equipa de enfermagem ao nível das práticas de cuidados de enfermagem, o que se faz bem e o que é possível melhorar na preparação pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e sua família para o regresso a casa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Apresentar os resultados obtidos da observação das práticas dos enfermeiros, dos registos de enfermagem e das entrevistas realizadas à pessoa idosa e sua família.
- Promover a reflexão e o debate na equipa de enfermagem em relação ao que já faz bem no momento da admissão, ao 4º dia pós – operatório e no dia da alta, e como se melhorar a nível do conhecimento da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca para a preparação do seu regresso a casa.
- Debater as estratégias de mudança nas práticas da equipa de enfermagem no sentido de melhorar as intervenções, aquando da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e sua família.

- Identificar as estratégias de mudança nas práticas da equipa de enfermagem no sentido de melhorar as intervenções, aquando da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e sua família.

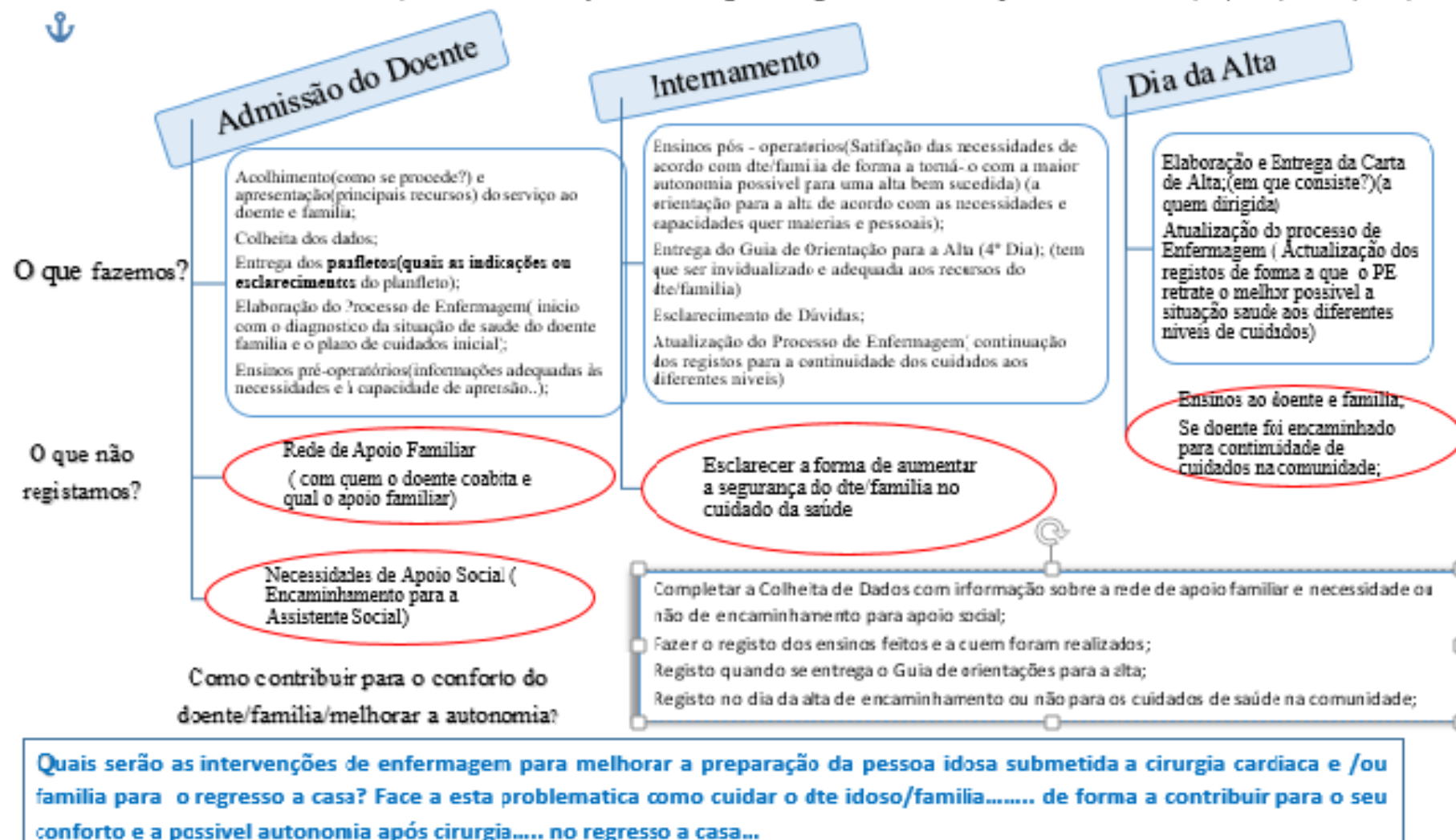
Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Duração
Apresentar e contextualizar o Projeto de Estágio.	Contextualização da problemática em estudo.	Método expositivo	Computador	3 Minutos
Apresentar os resultados obtidos da observação das práticas dos enfermeiros, dos registos de enfermagem e das entrevistas realizadas à pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família.	Análise das práticas dos enfermeiros relativas ao momento da admissão, 4º dia pós-operatório e dia da alta na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e família.	Método expositivo	Computador	2 Minutos
Promover a reflexão e o debate na equipa de enfermagem em relação ao que já faz bem no momento da admissão, ao 4º dia pós – operatório e no dia da alta, e como se melhorar a nível do conhecimento da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca para a preparação do seu regresso a casa.	Reflexão sobre a importância de conhecer a pessoa idosa e família de uma forma global e quais as melhores intervenções na capacitação para a continuidade de cuidados na comunidade.	Método expositivo + Método Interrogativo (Discussão de grupo)	Computador + Folhas brancas + Caneta	5 Minutos
Debater as estratégias de mudança nas práticas da equipa de enfermagem no sentido de melhorar as intervenções, aquando da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca e sua família.	Identificar as estratégias de mudança na prática de cuidados e as metas a alcançar para otimizar a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca.	Método expositivo + Método Interrogativo (Discussão de grupo)	Computador + Folhas brancas + Caneta	5 Minutos

**Apêndice XXII – Layout de apresentação do projeto á equipa de
enfermagem**



8º Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoas Idosa

A preparação do regresso a casa inicia-se no momento da admissão hospitalar, com a identificação das necessidades de saúde e sociais da pessoa idosa e família, para uma melhor planificação e implementação de cuidados individualizados tendo como finalidade a continuidade de cuidados no domicílio, devendo as intervenções de enfermagem abranger toda a família no processo de cuidados (OE, 2012; Pereira, 2013).



Apêndice XXIII – Grelha de observação de registos de enfermagem, análise e resultados estatísticos - avaliação final

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE REGISTOS DE ENFERMAGEM – AVALIAÇÃO FINAL

		Avaliação Inicial		Avaliação Final	
		Registado	Não Registado	Registado	Não Registado
1º Momento (Admissão)	Registo do acolhimento e integração da pessoa idosa/família	4	16	8	12
	Registo dos “ensinos” pessoa idosa/família	5	15	9	11
	Registo do esclarecimento de dúvidas pessoa idosa/família	1	19	4	16
	Registo da necessidade de encaminhamento para apoio social	1	20	5	15
	Elaboração da Avaliação Inicial	20	0	20	0
	Elaboração do processo de Enfermagem	20	0	20	0
2º Momento (4º dia pós-operatório)	Registo de entrega do Guia orientador para a Alta	8	12	14	6
	Registo dos “ensinos” a pessoa idosa/família	7	13	10	10
	Registo do esclarecimento de dúvidas a pessoa idosa/família	5	15	9	11
	Registo de inclusão da família nos cuidados	2	18	6	14
3º Momento (Dia da Alta)	Elaboração da nota de alta	20	0	20	0
	Registo da entrega da nota de alta	5	15	12	8
	Registo de esclarecimento de dúvidas doente/família	2	18	7	13

ANÁLISE DOS RESULTADOS ESTATÍSTICOS DA AVALIAÇÃO FINAL DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM EM COMPARAÇÃO COM À AVALIAÇÃO INICIAL

No período de 29 de janeiro a 7 de fevereiro de 2018, procedeu-se à análise de 20 processos de enfermagem das pessoas idosas internadas no serviço no período pré-operatório e no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Foram analisados 20 processos tendo-se utilizado a mesma grelha de observação, permitindo assim uma melhor análise comparativa dos resultados.

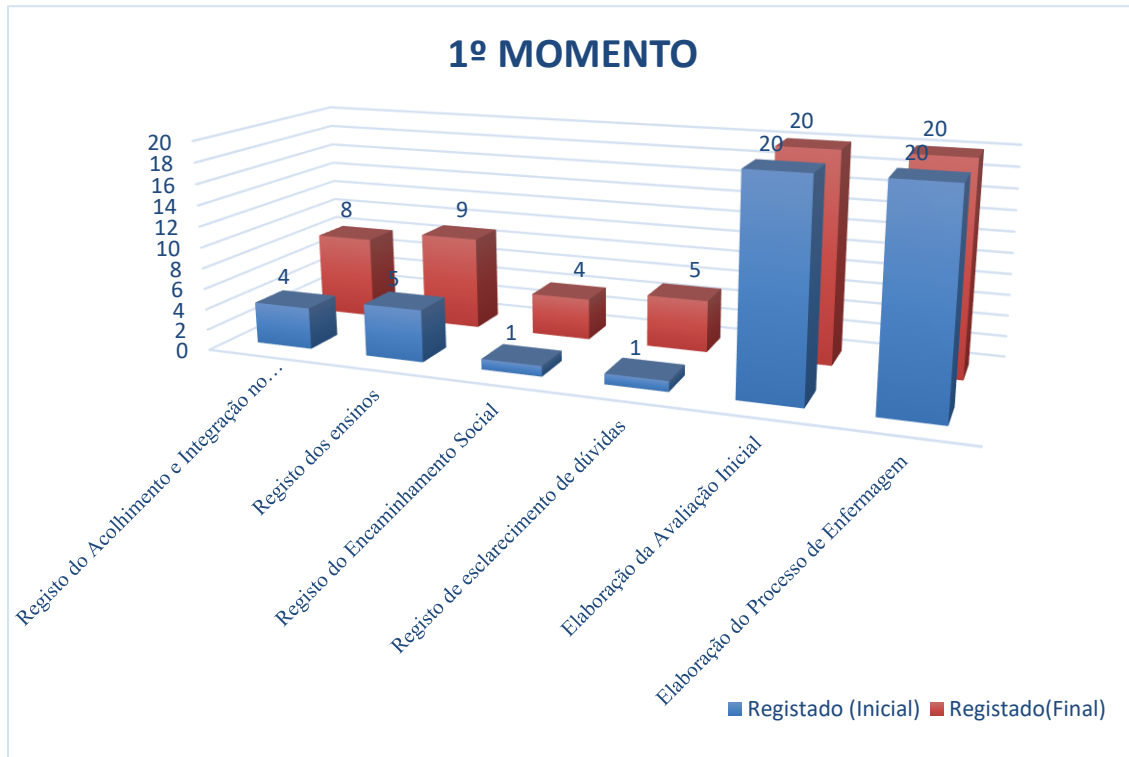
Esta análise foi pertinente nesta fase do projeto, tendo possibilitado avaliar as mudanças sucedidas a nível da prática de cuidados de enfermagem e dos registos de enfermagem, comparando as diferenças entre os registos que eram feitos e os que passaram a ser registados após a implementação do projeto.

Como se observa no gráfico 1, é possível constatar que as diferenças entre os dois momentos de avaliação de registos são ténues, isto apesar de existir uma consciencialização da equipa de enfermagem para a necessidade de adequar as suas práticas, para as peculiaridades da pessoa idosa e família e da importância dos registos de enfermagem para a continuidade de cuidados. Embora isso ainda não se reflita nos registos, é importante que os enfermeiros registem os cuidados prestados e os ensinamentos realizados ao doente e família, para que desta forma a continuidade de cuidados seja uma realidade no serviço e não se ponha em causa a preparação do doente para a alta. Na análise realizada aos registos de enfermagem, não se observam em notas gerais, diagnósticos ou nas intervenções de enfermagem, registos direcionados à família ou aos seus conhecimentos. Da mesma forma, quando a equipa de enfermagem fornece informação ou entrega suporte escrito, não identifica se a intervenção é dirigida à pessoa ou à família.

É também possível verificar que a elaboração da Avaliação Inicial e do Processo de Enfermagem foi feito em todos os processos analisados em ambos os momentos. Estas duas atividades são “obrigatórias” tendo de ser realizadas a todos os doentes, enquanto, que as informações facultativas mas não menos importantes para a continuidade de cuidados e preparação para a alta, como não

têm a mesma obrigatoriedade não têm o mesmo foco de atenção pela equipa de enfermagem.

Gráfico 1 – Resultados relativos ao 1º momento

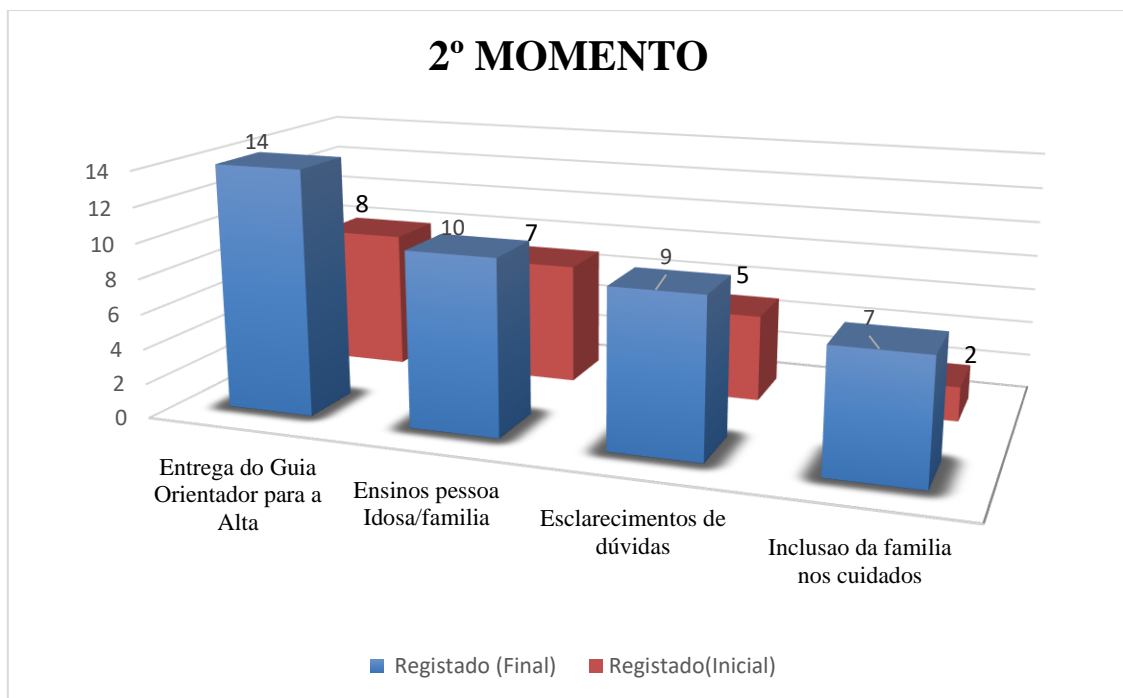


No segundo momento, confirma – se uma evolução nos registos pela equipa de enfermagem, tendo existido a preocupação de registar quando entregaram o Guia Orientador para a Alta com a descrição dos cuidados a ter, embora não estando descrito em nenhum processo se era para o doente e/ou família.

Na análise do gráfico seguinte verifica-se um grande *déficit* de registos, nomeadamente sobre os conhecimentos adquiridos pela pessoa idosa submetida a cirurgia cardíaca, o que a pessoa idosa sabe sobre a sua nova condição, o conhecimento que têm sobre o novo regime terapêutico e as restrições que terá, ou quais os conhecimentos que faltam alcançar. Apenas se verifica o registo em notas gerais que o ensino foi realizado, mas não especifica se foi ao doente ou à família. O mesmo se verifica em relação ao esclarecimento de dúvidas. Constata-se no entanto que em todos os processos analisados o registo do conhecimento pós-operatório está descrito como conhecimento “demonstrado”.

Quanto à inclusão da família nos cuidados, apenas está descrito em notas gerais que foi executado, nada tendo sido descrito em que momento foi feito, com que objetivo e qual o resultado. Nesta fase do internamento, é importante que a equipa de enfermagem tenha o conhecimento exato da condição da pessoa idosa, das necessidades que ainda faltam alcançar, para assim se fazer uma melhor preparação para a alta

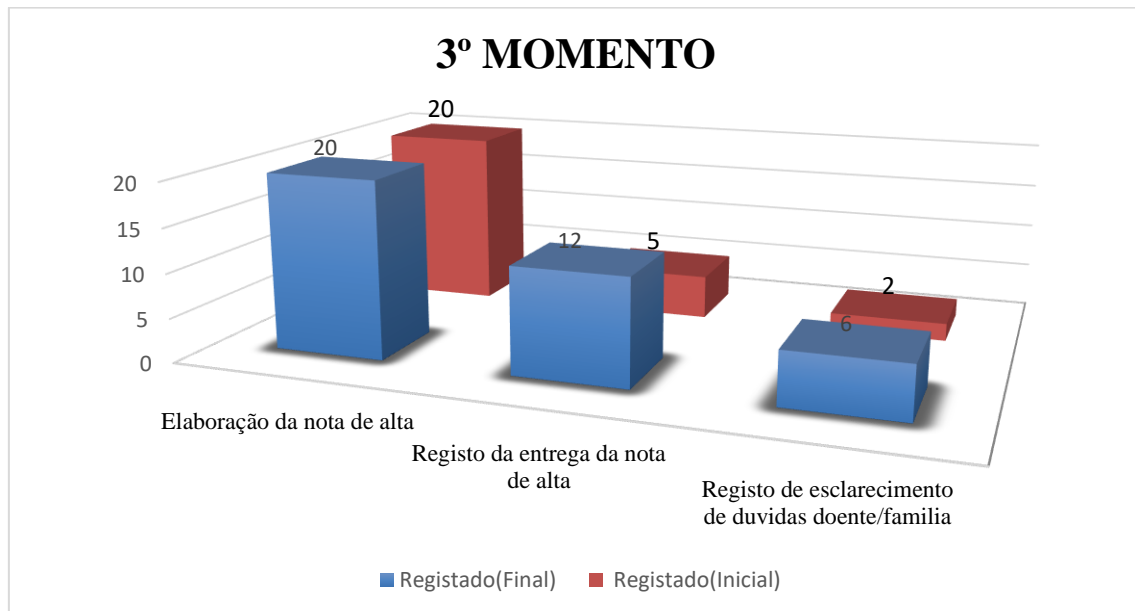
Gráfico 2 – Resultados relativos ao 2º momento



Por ultimo analisámos o 3º momento, o dia da alta, em que mais uma vez pudemos verificar que a atividade “obrigatória” foi elaborada por todos os enfermeiros, mas nos registo não está descrito se a nota de alta foi entregue ao doente e/ou família nem tão pouco quais as dúvidas que neste momento foram esclarecidas. Este momento é muito célere e ingrato para os enfermeiros pois o doente tem alta no turno da manhã e a nota da alta é elaborada (momento em que o doente sai do serviço) durante a tarde por outro elemento da equipa de enfermagem, ora se o processo de enfermagem de cada doente não estiver completo, com todas as informações pertinentes que possibilitam a qualquer enfermeiro a continuação de cuidados, indo de encontro às expetativas do doente e as suas necessidades, a continuidade de cuidados fica severamente comprometida. O doente durante o internamento não adquire as competências

necessárias até ao dia da alta, com as implicações que daí podem advir e a equipa de enfermagem não organiza o seu cuidado tendo em conta as peculiaridades da pessoa idosa e do seu projeto de vida.

Gráfico 3 – Resultados relativos ao 3º momento



Reflexão Final

Com base na interpretação comparativa dos dados registados pela equipa de enfermagem entre a fase de avaliação inicial e a fase de avaliação do projeto, é possível concluir que se verificou uma melhoria dos registos e da qualidade da informação registada pelos enfermeiros do serviço.

A informação registada evidencia estar direcionada para uma prática de cuidados, centrada num modelo biomédico e pouco centrado na pessoa e nos seus diversos contextos: doença, saúde e vida.

A capacitação da pessoa idosa e/ou família, tem como objetivo tornar as suas capacidades potenciais em capacidades reais, permitindo assim à pessoa idosa o poder de decidir sobre o seu projeto de vida e saúde. Para que isso aconteça é necessário o empenho, o envolvimento dos profissionais a nível dos cuidados desenvolvendo um conhecimento da pessoa idosa e família, encontrar

estratégias em conjunto que permitam atingir os objetivos definidos com base no seu projeto de vida e saúde.

Pela análise e comparação de todos os momentos ficou inequivocamente demonstrada uma maior preocupação da equipa de enfermagem com a pessoa idosa e família, verificando-se uma evolução positiva a nível dos registos.

Apêndice XXIV – Análise SWOT

Análise SWOT

		Na conquista dos objetivos do projeto	
Análise Swot		Ajuda	Dificulta
Origem do fator	Interna (serviço)	Forças <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pertinência do projeto e metodologia do projeto; ▪ Estágio no local de trabalho; ▪ Chefias envolvidas no projeto; ▪ Internamentos prolongados da pessoa idosa após cirurgia cardíaca; ▪ Horário da pessoa de referência alargado; 	Fraquezas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relação com equipa médica; ▪ Equipa de enfermagem com projetos simultâneos; ▪ Rotatividade da equipa; ▪ Espaço físico;
	Externa (ambiente)	Oportunidades <ul style="list-style-type: none"> • Envelhecimento demográfico; • Elevado número de doentes idosos submetidos a cirurgia cardíaca; • Necessidade de cuidados no regresso a casa; • Desenvolvimento pessoal no percurso académico; • Orientação Tutorial. 	Ameaças <ul style="list-style-type: none"> • Escassez de recursos humanos; • Desmotivação dos enfermeiros; • Tempo de estágio limitado; • Gestão do tempo profissional/pessoal/académico; • Articulação com serviços na comunidade.